

«Il miglior contratto ora possibile»

LA DELEGAZIONE TRATTANTE ANAAO ASSOMED

Il contratto della dirigenza medica e veterinaria del Ssn siglato come pre-intesa il 9 febbraio è stato oggetto di analisi e interpretazioni da più parti. La lettura di queste analisi induce alcune puntualizzazioni al solo fine di evitare una informazione distorta tra gli operatori di un settore così delicato come quello della Sanità pubblica.

Un aspetto giuridico di fondo che appare ancora non ben compreso dai vari "esegeti" del Dlgs 150/2009 (Dlgs Brunetta) è che tale decreto, relativamente alla responsabilità dirigenziale, non ha inciso sulla perdurante specialità della disciplina della dirigenza medica e veterinaria e in particolare sugli artt. 15 e successivi del Dlgs 502/1992, come modificati dal Dlgs 229/1999 (Dlgs Bindi), che, non a caso, rinviano alle disposizioni dell'allora vigente Dlgs 29/1993 (poi diventato 165/2001 - Testo unico sul pubblico impiego) «salvo quanto previsto dal presente decreto».

In buona sostanza, il decreto Brunetta, nel riscrivere almeno in parte le disposizioni dedicate dal Dlgs 165/2001 alla dirigenza, è direttamente e immediatamente applicabile alla sola dirigenza statale, ponendo per gli altri settori solo principi cui adeguarsi nel rispetto della specifica autonomia regolamentare e statutaria ai sensi dell'art. 27 del Dlgs 165/2001, fatte salve le discipline speciali.

Insomma, le disposizioni del Dlgs 150/2009 risultano applicabili alla dirigenza del Ssn solo e soltanto qualora operino un espresso riferimento a detta dirigenza ovvero non siano derivate dalla disciplina prevista dal Dlgs 502/1992 che in quanto speciale deve ritenersi non abrogata da quella, sia pure sopravvenuta, generale contenuta nel Dlgs 150/2009. La stessa esplicita esclusione della dirigenza sanitaria dall'obbligo di portare la retribuzione accessoria al 30% della retribuzione totale riafferma l'indirizzo legislativo della specificità e specialità della dirigenza sanitaria. Anzi, la On. Miotto nella presentazione dell'emendamento approvato a maggioranza dal Parlamento (480 voti a favore su 488), sosteneva che in mancanza di una salvaguardia di tale specificità, il rischio in cui si verrebbe a incorrere sarebbe che «l'indicazione degli obiettivi di risultato e le modalità di valutazione siano quasi esclusivamente concentrate su parametri di natura quantitativa e quando si parla di salute non si può mettere questo elemento al primo posto, altrimenti commetteremo un grave errore: orienteremo la politica sanitaria su criteri di produzione di prestazioni che è un criterio antitetico con

La legge Brunetta non riguarda i dottori

l'obiettivo del sistema sanitario che intende, invece, produrre salute».

E così, nel Ccnl integrativo appena siglato si è intervenuti solo nella definizione della responsabilità disciplinare e delle relative sanzioni, considerato che tutte le previsioni contenute nel decreto Brunetta relativamente a responsabilità di risultato e professionale non si applicano alla dirigenza sanitaria. Anche perché, in relazione alla metodologia generale di assegnazione del premio di risultato e di regolamentazione dei sistemi di valutazione professionale, a nostro parere, le leggi in vigore, i Ccnl dell'area medica e veterinaria e i conseguenti accordi decentrati già ne recepiscono gli aspetti di fondo. A ogni buon conto, il decreto attribuisce alle Regioni il potere di adeguare, se del caso, gli ordinamenti delle Amministrazioni dipendenti dalle stesse (tra cui anche le aziende sanitarie) ai principi in esso contenuti.

Veniamo ad alcuni contenuti specifici del Ccnl appena sottoscritto. **Sanzioni disciplinari e reintegro.** Da questo ambito rimangono escluse le responsabilità dirigenziali relative agli obiettivi assegnati, alle capacità professionali e competenze organizzative, già disciplinate dall'articolo 15-ter del Dlgs 502/1992.

Per limitare l'arbitrarietà delle sanzioni, la loro irrogazione dovrà basarsi su «elementi certi e obiettivi» e le contestazioni iniziali essere specifiche, tempestive e contenere l'esposizione chiara e puntuale dei fatti in concreto verificatisi.

Così come già definito nei contratti sottoscritti nelle altre aree dirigenziali, è stata introdotta la reintegra del dirigente illegittimamente licenziato, dalla data della sentenza di annullamento del provvedimento, con la corresponsione del trattamento economico dovuto nel periodo di licenziamento. Non comprendiamo lo "scandalo" suscitato da questa disposizione, considerato che una reintegra è stata ottenuta perfino dai direttori generali con le recenti sentenze della Corte costituzionale sullo spoil system.

Infine è stata prevista la sanzionabilità disciplinare del non rispetto od omissione applicativa delle norme del Ccnl da parte dei dirigenti delle aziende (Ccnl integrativo 9/2/2010, comma 4, art. 8).

Indennità di esclusività. In alcuni commenti il passaggio dell'indennità di esclusività nella massa

salariale è considerata una vittoria di Pirro dei sindacati. La motivazione è legata alla previsione di applicare, con il nuovo modello contrattuale, alla sola retribuzione tabellare l'indice Ipca preso come riferimento per gli incrementi contrattuali triennali.

A nostro parere siamo di fronte a una sicumera fuori luogo. Infatti, per la dirigenza medica e veterinaria il tabellare copre solo il 50-55% dell'intera retribuzione e sperare che le Oo.Ss. accettino supinamente lo svilimento economico di una intera categoria, se non è una provocazione, rappresenta una ingenuità.

Premi di risultato: principi già efficaci

Il contratto ha creato le basi per l'inserimento dell'indennità nella massa salariale in modo da salvaguardarne il significato politico di adesione da parte dei dirigenti sanitari alla mission del Ssn. Su questo aspetto chiediamo con forza un pronunciamento alle Regioni che, tra l'altro non hanno aderito al nuovo modello di contrattazione voluto dal ministro Brunetta analogamente ai sindacati maggiormente rappresentativi della nuova area contrattuale della dirigenza del Ssn e regionale (AnaaO e Cgil). Senza datori di lavoro e sindacati maggiormente rappresentativi, l'implementazione del nuovo modello contrattuale sarà quanto meno laboriosa.

Orario di lavoro e straordinario. La stesura finale della pre-intesa non contiene gli articoli sull'orario di lavoro proposti dall'Avan e dalle Regioni che pretendevano di riesumare l'ormai decaduto comma 3, art. 65 del Ccnl 1994/1997, sulla scia di alcune sentenze, a nostro parere, poco attente alla storia e ai contenuti dei contratti dell'area medica e veterinaria.

Gli obiettivi che la parte pubblica si poneva erano chiari. Da un lato, introdurre l'orario minimo abrogando, di fatto, le attuali 38 ore lavorative settimanali; dall'altro affermare il principio per cui l'orario aggiuntivo necessario al raggiungimento degli obiettivi costituisce un obbligo remunerato con la retribuzione di risultato.

I sindacati si sono limitati a riaffermare alcune previsioni di legge e contrattuali. In particolare l'art. 15, comma 3 del Dlgs 502 prevede che gli obiettivi assegnati alla dirigenza sanitaria siano concordati. Pertanto le aziende devono avviare le procedure di budget e concordare con le équipe gli

obiettivi prestazionali e qualitativi, correlandoli alle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente messe a disposizione e verificandoli trimestralmente ai sensi dell'articolo 14, comma 3, del Ccnl 3 novembre 2005. Solo nel caso che la verifica periodica attesti un raggiungimento parziale degli obiettivi concordati, le équipe potranno negoziare con le procedure dell'art. 65, comma 6, del Ccnl 5 dicembre 1996 un eventuale impegno di servizio eccedente l'orario di lavoro dovuto di 38 ore settimanali, per il loro raggiungimento.

In sintesi, nella contrattazione del budget e degli obiettivi prestazionali per la retribuzione di risultato bisogna tenere ben presente che l'eventuale orario aggiuntivo deve essere solo strumentale alla realizzazione degli obiettivi prestazionali concordati e correlati alle risorse messe a disposizione e non divenire obiettivo esso stesso. Alla fine, dell'articolato sull'orario di lavoro sopravvive solo il comma sull'orario straordinario che riafferma le disposizioni contrattuali già esistenti (Ccnl integrativo 2004, co. 2, art. 28); conferma che lo

straordinario è possibile solo per garantire la continuità assistenziale e per prestazioni, con caratteristiche di eccezionalità e non programmabilità, rispondenti a effettive esigenze di servizio e tempestivamente autorizzate (prima «preventivamente autorizzate»); introduce il dovere per le aziende di definire le procedure per autorizzare lo straordinario.

In conclusione, la pre-intesa del 9/2/2010 tiene conto del contesto politico generale in cui la inversione in atto del processo di privatizzazione del rapporto di lavoro sottrae materia alla contrattazione aumentando la

riserva di legge. Si tratta di un passo indietro frutto di un centralismo esasperato e populista a fronte di una dichiarata tendenza federalista e volontà di privatizzare il rapporto di lavoro anche per i pubblici dipendenti che non mancherà di creare per il futuro seri problemi alla tenuta del sistema. Ciò nonostante, le Oo.Ss. hanno dimostrato di reggere il piano del confronto, e dello scontro, per tutelare insieme i legittimi interessi della categoria e quelli dei cittadini destinatari delle prestazioni erogate.

La delegazione trattante AnaaO Assomed
(Lusenti, Iscaro, Montante, Scaffidi, Cavallero, La Vecchia, Palermo)