

TESI CONGRESSUALE

a cura di  
GIUSEPPE MONTANTE  
ELEONORA ALBANESE  
GABRIELE GAGGERO  
GABRIELE GALLONE  
ANITA PARMEGGIANI  
ANDREA ROSSI

# LIVELLI E CONTENUTI DELLA CONTRATTAZIONE

- **Premessa**
- **Inquadramento storico-legislativo**
- **Criticità del modello di relazioni sindacali conseguente al d. Lgs. 150/2009**
- **Innovazioni sul modello di relazioni sindacali apportate dal d. Lgs. 75/2017**
- **Modello vigente di relazioni sindacali e di contrattazione: valutazioni, criticità, interventi**

## PREMESSA

**Sviluppare un tema così attuale** e strategico, come quello in oggetto, e nel contempo complesso per le implicazioni legislative, politiche e sindacali che lo condizionano, presuppone in premessa una contestualizzazione storico legislativa dei principi fondanti di tale modello e in particolare degli argomenti in oggetto, a maggior ragione se si intende valutare se apportare o meno delle modifiche al modello di relazioni sindacali ed in particolare al modello di contrattazione, insito in esso, in atto per la Dirigenza del Ruolo Sanitario e con quali prospettive.

## INQUADRAMENTO STORICO LEGISLATIVO

**Il modello di relazioni sindacali** e di conseguenza il modello contrattuale attualmente in uso nel Pubblico Impiego ed in particolare nella Dirigenza del Ruolo Sanitario basano le **origini dei principi fondanti della loro architettura** in due provvedimenti legislativi degli anni 90':

- **D. Lgs. 29/1993**: "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego" mediante cui è stato introdotto un nuovo modello base di relazioni sindacali da utilizzare per tutte le diverse Aree della dirigenza;
- **D. Lgs. 502/1992**: "Riordino della disciplina in materia sanitaria" che ha influenzato l'architettura del modello di relazioni sindacali riferito alle categorie professionali di dipendenti pubblici operanti nel S. S. N. con l'assegnazione ai Medici e ai laureati non medici delle professioni sanitarie della qualifica di dirigenti con peculiari condizioni di specialità rispetto alle altre dirigenze del Pubblico Impiego e con l'articolazione del S. S. N. in due livelli direzionali:
- **livello nazionale** con la "mission" di creare le condizioni per garantire il rispetto del dettato costituzionale sulla salute in tutto il territorio italiano;
- **livello periferico** (aziende sanitarie) con il compito di attuare le disposizioni nazionali, nonché erogare l'assistenza sanitaria necessaria nel territorio.

**Caratteristiche principali di questo nuovo modello** alle sue origini sono state:

1. somiglianza nell'impostazione generale a quello utilizzato nel Settore Privato;
2. articolazione della contrattazione fra Parte Pubblica e Parte Sindacale in due livelli:
  - nazionale con la Contrattazione Collettiva Nazionale (CCNL),
  - periferico con il Contratto Collettivo Integrativo (CCIP), Aziendale per il S. S. N. (in precedenza per il S. S. N. l'articolazione era su tre livelli: nazionale, regionale e locale al livello di U. L. S.);
3. l'individuazione degli istituti contrattuali e delle tipologie di materie contrattabili al livello nazionale;

- 4 l'assegnazione di un preciso ruolo alla contrattazione collettiva nazionale (definizione puntuale delle regole, dei principi attuativi, della dimensione retributiva, nonché degli istituti e delle materie contrattabili al livello periferico) e di uno altrettanto preciso ma diverso ruolo alla contrattazione collettiva integrativa periferica Aziendale (definizione delle modalità attuative);
5. la definizione dei limiti della contrattazione collettiva integrativa periferica: contrattazione solamente sulle materie individuate dal CCNL nel rispetto dei principi, regole e limiti economici posti dallo stesso (nullità in caso di non rispetto di questi limiti) e la non contrattabilità al livello periferico della organizzazione delle strutture e degli uffici;
6. la puntuale definizione di ulteriori forme di relazioni sindacali al livello aziendale (**partecipazione sindacale**) fra OO. SS. e dirigenza della azienda sanitaria mediante: **l'informazione** nelle sue diverse forme temporali (preventiva all'assunzione degli atti deliberativi o successiva a questi), **l'esame congiunto** di alcune materie prima dell'assunzione delle decisioni e l'eventuale costituzione di **commissioni paritetiche di studio o osservatori**;
7. la possibilità di attivare un tavolo di **confronto regionale** su alcuni degli argomenti oggetto di contrattazione aziendale.

Negli anni successivi si sono avuti dei progressivi aggiustamenti del modello di relazioni sindacali originario e di conseguenza anche del modello ed architettura della contrattazione che sono stati attuati per "steps evolutivi" in concomitanza di modifiche del D. Lgs. di "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego".

Le modifiche della Disciplina legislativa sul Pubblico Impiego con le sue ricadute sul modello di relazioni sindacali hanno risentito di volta in volta anche delle modifiche del "sentire politico" maggioritario.

**Un primo "step evolutivo"** si è avuto con il **D. Lgs. 165/2001** di revisione della disciplina in materia di Pubblico Impiego.

Le modifiche più importanti introdotte da questo nel modello di relazioni affermatosi negli anni 90' sono state:

- accentuazione della non contrattabilità al livello periferico della organizzazione delle strutture e degli uffici e di tutto ciò che rientra nelle prerogative decisionali delle direzioni in conseguenza del rafforzamento del potere decisionale autonomo dei dirigenti a cui viene affidata la responsabilità di direzione;
- accentuazione della potestà decisionale della direzione aziendale, anche se temporanea, nelle materie con ambito esclusivamente normativo e non economico, allo scadere della moratoria decisionale prevista per i primi 30 giorni di contrattazione;
- rafforzamento degli strumenti di partecipazione sindacali al livello aziendale mediante un rafforzamento nominalistico dello strumento dell'esame congiunto attraverso una rinominazione maggiormente enfatica in : "concertazione" e l'introduzione della "consultazione" come ulteriore strumento;
- accentuazione e maggiore organicità da un punto di vista regolamentale dello strumento del confronto regionale.

**Un ulteriore "step evolutivo"** si è avuto con il **D. Lgs. 150/2009** di riordino del Pubblico Impiego mediante cui sono state introdotte alcune modifiche sostanziali al modello in atto:

- la possibilità per il Legislatore di modificare a posteriori le norme pattizie nazionali assunte con il CCNL con disposizioni legislative nazionali assunte in modo unilaterale dalla Parte Pubblica;
- la limitazione degli strumenti di partecipazione mediante il tentativo di estendere nei fatti alla concertazione le limitazioni già esistenti per la contrattazione in campo organizzativo e nelle materie oggetto di prerogative decisionali da parte delle direzioni;
- la maggiore enfasi posta nella contrattazione aziendali agli obiettivi di efficienza economica rispetto a quelli di efficacia professionale, sia di equipe che individuali;
- l'ulteriore accentuazione del ruolo delle Regioni in materia di proposizione di indirizzi attuativi nei riguardi della contrattazione integrativa aziendale.

## CRITICITÀ DEL MODELLO DI RELAZIONI SINDACALI CONSEQUENTE AL D. LGS. 150/2009

**Le modifiche introdotte** al modello di relazioni fra OO. SS. e Direzioni delle Aziende Sanitarie dall'evoluzione legislativa della disciplina sul Pubblico Impiego ed in particolare quelle apportate dal D. Lgs. 150/2009 (Legge "Brunetta") insieme alle norme di forte risparmio economico su personale presenti all'art. 9 della Legge 122/2010 hanno determinato per parecchi anni delle forti criticità nella contrattazione integrativa aziendale e nei rapporti fra sindacati ed aziende allo stesso livello.

Il nuovo approccio politico alle professioni, caratterizzato da una sottovalutazione del ruolo di intermediazione sociale dei Sindacati, da una invadenza legislativa nazionale e regionale sulle norme dei Contratti Nazionali con l'associato corollario di interpretazioni delle modifiche alle norme e con i relativi conflitti di competenze fra Legge e CCNL, nonché il blocco per un periodo piuttosto lungo di alcuni istituti contrattuali oggetto di contrattazione periferica ha stimolato nella Parte Pubblica la convinzione errata che fosse lecita una "devolution" delle norme del CCNL e che quindi non fosse più necessario un rigoroso rispetto delle norme pattizie dei Contratti Nazionali, ma queste potevano essere modificate in modo unilaterale al livello aziendale.

Le conseguenze di questa deriva dirigista nelle relazioni sindacali sono state l'accrescersi ed il diffondersi:

- **nelle aziende**, della convinzione che **non fosse più necessario il coinvolgimento nelle scelte dei dirigenti del ruolo sanitario** attraverso i propri sindacati;
- **nelle OO. SS. al livello aziendale**, della constatazione dell'esistenza di una **realtà di incertezza e non correttezza attuativa delle norme contrattuali**;
- **fra i dirigenti del ruolo sanitario**, maggiormente esposti a condizioni di carichi di lavoro elevati o addirittura di "burnout" rispetto agli altri dirigenti del Pubblico Impiego, una **sensazione crescente di forte disagio e di disaffezione professionale**.

## INNOVAZIONI SUL MODELLO DI RELAZIONI SINDACALI APPORTATE DAL D. LGS. 75/2017

**Il D. Lgs 75/2017** (Legge "Madia") di ulteriore riordino del Pubblico Impiego ha solamente in parte frenato la deriva dirigista del Legislatore con il conseguenziale tentativo di marginalizzazione delle relazioni sindacali stimulate dal D. Lgs 150/2009.

Questo parziale risultato positivo è stato soprattutto ottenuto modificando la condizione di invadenza unilaterale delle Leggi sui Contratti Collettivi Nazionali e introducendo invece la derogabilità delle norme legislative sulla disciplina dei rapporti di lavoro mediante i Contratti Collettivi Nazionali del Pubblico Impiego.

Per contro il suddetto D. Lgs. ha apportato alcune ulteriori modifiche al modello di relazioni sindacali miranti ad:

- **accrescere** ancor di più l'autonomia decisionale ed i poteri della Direzione aziendale sottraendo alla concertazione le decisioni sull'organizzazione delle strutture e degli uffici e tutto ciò che rientra nelle prerogative decisionali delle direzioni;
- **sveltire** i tempi di contrattazione integrativa aziendale e nel contempo stimolare la necessità di arrivare ad un accordo fra le parti, introducendo mediante il CCNL un limite temporale per arrivare ad un accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale dopo il quale l'azienda, per evitare un ostacolo alla sua operatività, può attuare temporaneamente, con modalità decise in modo unilaterale, alcune materie oggetto di contrattazione integrativa fin quando non si arriva ad un accordo, continuando nel frattempo la contrattazione;
- **ridurre** la possibilità di abusi da parte delle aziende nell'utilizzo della facoltà di attuare temporaneamente in modo unilaterale alcune materie oggetto di contrattazione integrativa mediante l'istituzione di un Osservatorio Paritetico Nazionale con funzione di controllo;
- **enfaticizzare** ancor più nella contrattazione aziendale gli obiettivi di efficienza economica rispetto a quelli di efficacia professionale, mediante gli obiettivi di performance, sia di equipe che individuali.



Il D. Lgs. 75/2017 ha inoltre chiarito in modo definitivo le differenze esistenti fra la contrattazione integrativa di 2° livello (livello periferico) attuato nel Pubblico Impiego e quella invece attuata nel Settore Privato, malgrado l'apparente somiglianza.

■ **Nel Pubblico Impiego** il contratto integrativo di 2° livello (in Sanità: aziendale) è:

- attuativo delle norme del CCNL;
- si svolge sulle materie demandate alla contrattazione periferica dal CCNL;
- deve rispettare i principi, le norme e i limiti posti dal CCNL;
- deve utilizzare le risorse economiche dei fondi contrattuali nazionali destinate alla contrattazione periferica dal CCNL e deve rispettarne i limiti quantitativi di queste.

In conseguenza di quanto sopra, **i Contratti Integrativi Periferici non rispettosi delle suddette disposizioni sono automaticamente nulli e decade la loro validità.**

■ **Nel Settore Privato** il contratto integrativo di 2° livello:

- si svolge sulle materie decise dalla contrattazione periferica;
- può derogare ai principi e norme posti dal CCNL;
- utilizza risorse economiche aggiuntive a quelle del CCNL, messe a disposizione dall'azienda per la contrattazione periferica.

## MODELLO VIGENTE DI RELAZIONI SINDACALI E DI CONTRATTAZIONE

Ricapitolando per maggiore chiarezza, il **modello vigente di relazioni sindacali** fra Parte Pubblica e Parte Sindacale per l'Area della Dirigenza del Ruolo Sanitario, in conseguenza del D. Lgs 502/1992 e sue successive variazioni e dell'evoluzione legislativa della disciplina sul Pubblico Impiego dal 1993 al 2017, presenta nelle sue modalità fondamentali: la **contrattazione** e la **partecipazione**, le cui caratteristiche sono di seguito riportate.

### Contrattazione

1. È di tipo pattizio per confronto tra le parti;
2. risponde nella sua impostazione generale ai principi e norme del Codice Civile, salvo quanto espressamente specificato nella Legislazione che disciplina il Pubblico Impiego;
3. è articolata in due livelli:
  - nazionale con la Contrattazione Collettiva Nazionale (CCNL),
  - periferico con il Contratto Collettivo Integrativo (CCIP) Aziendale;
4. **al livello nazionale** della contrattazione (CCNL) compete la definizione puntuale:
  - delle regole, principi attuativi e dimensione retributiva delle materie e degli istituti contrattuali individuati dalla legislazione vigente, dai Contratti Collettivi Nazionali Quadro e/o suggeriti dagli atti di indirizzo "madre" sui Contratti Nazionali emanato dal Ministero della Funzione Pubblica,
  - degli istituti e delle materie la cui definizione è demandata al livello di contrattazione integrativa aziendale,
  - dei limiti temporali massimi entro cui deve essere raggiunto un accordo fra le parti, oltre cui può scattare la possibilità motivata per l'azienda ad una applicazione momentanea unilaterale di alcuni istituti contrattuali in attesa di un accordo al livello aziendale,
5. non sono oggetto di contrattazione nazionale l'organizzazione delle strutture e degli uffici e le prerogative decisionali della dirigenza;
6. **al livello periferico aziendale** della contrattazione (Contrattazione Collettiva Integrativa Periferica) compete la definizione delle modalità attuative nelle materie individuate dal CCNL ed in particolare soprattutto degli obiettivi di efficienza (performance), sia di equippe che individuali;
7. allo stesso livello compete anche il rispetto dei seguenti limiti posti dal CCNL e dalla Legislazione vigente onde evitare la nullità di fatto di quanto deciso a questo livello:
  - non possono essere oggetto di contrattazione collettiva integrativa periferica materie diverse da quelle individuate dal CCNL
  - devono essere rispettati i principi, le regole e i limiti economici posti dallo stesso (nullità in caso di non rispetto di questi limiti),
  - la non contrattabilità al livello periferico della organizzazione delle strutture e degli uffici.

### PARTECIPAZIONE

Questa viene attuata fra Parte Pubblica e Parte Sindacale per l'Area della Dirigenza del Ruolo Sanitario mediante i seguenti strumenti:

- **l'informazione** nelle sue diverse forme temporali (preventiva all'assunzione degli atti deliberativi o successiva a questi);
- **la concertazione** prima dell'assunzione delle decisioni per tentare di arrivare ad una condivisione di queste sulle materie previste dal Contratto Collettivo Nazionale che non sono oggetto di contrattazione collettiva integrativa aziendale, ad eccezione delle decisioni sull'organizzazione delle strutture e degli uffici e tutto ciò che rientra nelle prerogative decisionali delle direzioni;
- **consultazione** nelle sue diverse forme temporali (preventiva ed obbligatoria all'assunzione degli atti deliberativi nelle decisioni di tipo organizzativo e nelle materie previste dal CCNL che non sono oggetto di contrattazione e concertazione, o facoltativa e successiva all'assunzione degli atti nelle altre materie);
- l'eventuale costituzione di **commissioni paritetiche di studio o osservatori**;
- **confronto regionale** di tipo sindacale su alcune degli argomenti oggetto di contrattazione aziendale previste dal CCNL, al fine di migliorarne le condizioni di omogeneità attuativa.

## VALUTAZIONE DI TALE MODELLO

### CONDIZIONAMENTI DA FATTORI ESTERNI

Il modello di relazioni sindacali ed in particolare di contrattazione che viene utilizzato per la Dirigenza del Ruolo Sanitario è **molto condizionato da alcuni fattori esterni** a tale tipologia di dirigenza, quali ad esempio:

- **la tipologia di cultura imperante** nel Pubblico Impiego: amministrativa, ben distante dalla cultura tecnica presente invece in sanità;
- **il modello di dirigenza diffuso** nel Pubblico Impiego: di tipo burocratico – amministrativo, basato essenzialmente sul lavoro individuale di ciascun dirigente, sul rispetto di procedure burocratiche e protocolli prefissati e nella produzione formale di atti, ben diverso dal modello di dirigenza di tipo tecnico che caratterizza la parte sanitaria del S. S. N., basata invece sul lavoro in equipe, sul coordinamento di attività, sull'osservanza di linee guida e sul rispetto delle evidenze scientifiche;
- **il modello di gerarchia presente** negli uffici e ministeri, di tipo verticale, con architettura e tassonomia di tipo militare, poco consona al lavoro in equipe della dirigenza sanitaria, basata invece sul coordinamento delle varie professionalità;
- **il modello utilizzato di rapporti fra OO. SS. e Dirigenza degli uffici** (un ibrido fra il “modello padronale” presente nelle aziende private e il modello dirigista di tipo militare) è ben distante dalla “cultura” del coinvolgimento che dovrebbe invece ispirare i rapporti fra aziende sanitarie e OO. SS. della Dirigenza Sanitaria.

### CONSEGUENZA

La conseguenza dell'influenza di questi fattori esterni è **l'inappropriatezza di base** di tale modello alla realtà professionale e culturale della dirigenza del ruolo sanitario che negli anni è stata solo in parte lenita dagli adattamenti apportati.

In una realtà lavorativa a forte sviluppo tecnico – professionale la cultura e la metodologia dei rapporti fra “l'apparato dirigenziale” dell'aziende e i suoi professionisti dipendenti e di conseguenza con le OO. SS. che li rappresentano è rimasta rigidamente abbarbicata al modello burocratico ministeriale della dirigenza, senza aperture significative verso la diversa cultura della realtà lavorativa tecnico – professionale.

### DISCRASIA FRA I LIVELLI CONTRATTUALI E LEGISLATIVI IN SANITÀ

Alla precedente criticità si aggiunge **la discrasia creata** fra i due livelli (nazionale e aziendale) con le relative competenze del modello di contrattazione in atto, e i livelli (nazionale e regionale) e le competenze di ciascuno di questi introdotte dalla modifica costituzionale del Titolo V con il “federalismo sanitario” nazionale, a cui compete l'individuazione delle ga-

ranzie costituzionali, il controllo sulla loro attuazione, gli indirizzi tecnici generali, il finanziamento del S. S. N. mediante la fiscalità.

■ **Nel modello contrattuale vigente** per la Dirigenza del Ruolo Sanitario:

- **il livello nazionale** (CCNQ e CCNL) decide le regole, i principi attuativi e di garanzia, nonché la dimensione retributiva delle materie e degli istituti contrattuali;
- **il livello aziendale** si limita a decidere le modalità attuative delle materie demandate a tale livello dal CCNL;
- **Il livello regionale** non ha alcuna potestà contrattuale, ad eccezione della decisione sulla quantità e sull'utilizzo di eventuali risorse aggiuntive regionali non vincolate dal CCNL; solamente negli ultimi anni è stata data facoltà a tale livello mediante lo strumento del "confronto" di concordare indirizzi per omogenizzare l'attuazione al livello aziendale.

■ **Nel "federalismo sanitario":**

- **il livello nazionale** ha la competenza sull'individuazione delle garanzie costituzionali, sul controllo della loro attuazione, sull'emanazione di indirizzi tecnici generali, sul finanziamento del S. S. N. mediante la fiscalità;
- **il livello regionale** ha invece la competenza in merito alla programmazione, organizzazione e gestionale delle strutture e del personale;
- **il livello aziendale** è uno strumento operativo del livello regionale.

■ **Conseguenze**

Le conseguenze più importanti di questa discrasia fra livelli contrattuali sono:

- **l'insufficiente aumento dei fondi contrattuali**, in conseguenza del CCNL, **in alcune Regioni**, malgrado l'entità sia stata decisa dal livello legislativo nazionale per tutto il Pubblico Impiego e il finanziamento di questo aumento per i dipendenti in Sanità sia già ricompreso nel finanziamento del F. S. N., trova però spesso un ostacolo reale nell'insufficiente finanziamento di tale Fondo e nell'eccessivo indebitamento regionale; tale criticità spesso non trova una soluzione soddisfacente per il gioco dello scarica barile fra le parti per quanto riguarda le responsabilità;
- **la condizione di "convitato di pietra" delle Regioni** nella contrattazione aziendale e nell'attuazione delle norme contrattuali, che pur avendo competenze programmatiche, organizzative e gestionali delle strutture e del personale, non hanno alcun ruolo contrattuale nelle aziende, costituisce una delle cause maggiori di incertezza e non correttezza attuativa.

---

### COSA FARE PER CORREGGERE LE CRITICITÀ?

Dopo questa disamina sui modelli di relazioni sindacali e contrattuali in uso per la Dirigenza del Ruolo Sanitario e sulle loro criticità, viene spontaneo chiedersi se si possa fare qualcosa per correggerle.

Di seguito si esaminano le possibili soluzioni per ciascuno dei due gruppi di criticità precedentemente esplicitate.

---

#### INAPPROPRIATEZZA DA CONDIZIONAMENTI DA FATTORI ESTERNI

Due sono le tipologie di correzioni ipotizzabili, in base allo strumento utilizzato: legislative e contrattuali.

Le **correzioni ipotizzabili** in teoria di una certa efficacia possono essere **solamente le seguenti di tipo legislativo**:

---

##### I Ipotesi:

Uscita dal Pubblico Impiego dei professionisti dipendenti del S. S. N. che esercitano attività sanitarie.

In tal caso sarebbe tutta da immaginare la nuova collocazione giuridica e la tipologia di rapporto di lavoro: dipendenti o convenzionati?

---

##### II Ipotesi:

Definizione legislativa di un modello di relazioni sindacali e di contrattazione che tenga conto delle peculiari specificità e specialità della Dirigenza del Ruolo Sanitario, di tipo tecnico – professionale e delle differenze esistenti con il resto delle dirigenze presenti nel Pubblico Impiego, di tipologia burocratico – amministrativa.

**Consiglio**

La scelta fra queste ipotesi dovrà essere preceduta da una preventiva valutazione della reale percorribilità politica e legislativa e dei possibili vantaggi e svantaggi.

**DISCRASIA FRA LIVELLI DI RELAZIONI SINDACALI E DI CONTRATTAZIONE E LIVELLI DECISIONALI IN SANITÀ**

Le conseguenze critiche per il non allineamento fra i livelli di relazioni sindacali e di contrattazione previsti per il S. S. N. dalle Leggi vigenti e i livelli decisionali previsti invece dal “federalismo sanitario” sono in sintesi conseguenti alla discrasia esistente sul reale ruolo delle Regioni.

Qualsiasi soluzione dovrà inevitabilmente chiarire il ruolo di queste.

In questo caso le soluzioni possibili sono di due tipologie: legislative o contrattuali.

**Soluzione legislativa**

Allineamento legislativo dei livelli di relazioni sindacali e di contrattazione ai tre già presenti per i medici convenzionati: nazionale, regionale e aziendale.

In tal caso:

- **il livello nazionale** (CCNL) deciderebbe le regole, i principi attuativi e di garanzia, nonché la dimensione retributiva minima garantita delle materie e degli istituti contrattuali;
- **il livello regionale** deciderebbe la dimensione retributiva aggiuntiva legata alle peculiarità regionali e le modalità attuative, nel rispetto delle regole e norme di garanzia nazionali;
- **il livello aziendale** si limiterebbe a definire le modalità attuative aziendali di quanto deciso al livello nazionale e regionale.

**Consiglio**

Anche in questo caso sarà necessario una approfondita valutazione della reale percorribilità politica e legislativa.

**Soluzioni contrattuali**

In caso di impossibilità a percorrere la soluzione legislativa, precedentemente descritta, per la presenza di una volontà politica diffusa di non creare un terzo livello regionale, sarebbe **necessario comunque tentare di risolvere almeno in parte le conseguenze di questa discrasia**, precedentemente esplicitate.

Questo **potrebbe essere possibile** attraverso queste scelte contrattuali:

- rendendo il “confronto regionale”:
  - obbligatorio,
  - limitandolo alle materie contrattuali mediante cui esplicitare le peculiari specificità regionali,
  - accrescendo la cogenza al livello aziendale delle eventuali indirizzi regionali condivisi;
- modificando i ruoli e le competenze dei livelli di contrattazione nazionale e aziendale.

Le ipotesi di modifiche possibili dei ruoli e competenze dei livelli di contrattazione potrebbero essere le seguenti 3.

**I Ipotesi:**

Aumento della cogenza delle norme contrattuali nazionali, che non si limiterebbero a decidere le regole, i principi attuativi e di garanzia, nonché la dimensione retributiva garantita delle materie e degli istituti contrattuali, ma definirebbero anche con maggiore puntualità le modalità attuative di buona parte delle materie contrattuali, impedendo così qualsiasi attuazione errata.

Di conseguenza riduzione del livello di contrattazione aziendale a mera attuazione delle norme nazionali e degli indirizzi risultanti dal confronto regionale.

**II Ipotesi:**

Riduzione della cogenza delle norme contrattuali nazionali che sarebbe limitata alle norme quadro sulle regole, sui principi attuativi e di garanzia, nonché alla dimensione retributiva minima garantita delle materie e degli istituti contrattuali.

Di conseguenza potenziamento del livello di contrattazione aziendale dove verrebbero decise la suddivisione delle risorse economiche a disposizione fra i diversi fondi e le modalità attuative degli istituti contrattuali, nel rispetto comunque delle norme quadro nazionali e tenendo nel giusto conto gli indirizzi risultanti dal confronto regionale.

---

**III Ipotesi:**

Mantenimento delle attuali competenze normative e cogenza della contrattazione nazionale. Mantenimento del ruolo, delle attuali competenze e dei limiti della contrattazione aziendale. Potenziamento del ruolo e della cogenza del confronto regionale con le modalità già descritte in precedenza.

---

**Consiglio**

La scelta fra queste tre dovrà essere preceduta da una accurata disamina sulle reali percorribilità politiche e contrattuali e soprattutto sui possibili vantaggi e svantaggi di ciascuna di queste in dimensioni nazionale.

---

**COSA DECIDERE?**

Se si vorranno correggere le criticità che affliggono gli attuali modelli vigenti di relazioni sindacali e di contrattazione per i Dirigenti del Ruolo Sanitario, si dovranno scegliere, prima come Associazione Sindacale e poi come categoria professionale, le ipotesi migliori fra le soluzioni ipotizzate e poi ci si dovrà adoperare a tutti i livelli affinché siano recepite ed attuate.

Per evitare che tutto ciò sia una mera chimera, le norme che regoleranno l'istituto delle relazioni sindacali prescelto e gli argomenti correlati dovranno essere:

- scritte in modo chiaro e inequivocabile;
- individuate delle condizioni di garanzia e delle procedure extra giudiziarie che scoraggino fortemente le eventuali omissioni e/o scorrettezze.

La scelta su cambiamenti così importanti dovrà passare da un elevato grado di maturazione e da un ricco e approfondito dibattito interno.