

Capitolo I

**IL QUADRO GENERALE  
DI RIFERIMENTO**

# Indice

<b>Capitolo I° - 11 quadro generale di riferimento</b>	Pag.	9
1. La "nuova" Pubblica Amministrazione	«	11
2. La "nuova" sanità	«	13
3. La cd. "privatizzazione del rapporto di impiego"	«	15
4. L'organizzazione interna delle aziende sanitarie e l'individuazione delle Unità operative	«	18
<b>Capitolo II° - La Dirigenza del S.S.N.</b>	«	21
1. La Dirigenza del S.S.N.	«	23
2. La Dirigenza medica e veterinaria	«	23
3. La Dirigenza sanitaria	«	24
4. La Dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa	«	24
5. Il reclutamento della Dirigenza del S.S.N.	«	24
<b>Capitolo III° - La contrattualizzazione del rapporto di lavoro</b>		25
1. La contrattualizzazione del rapporto di pubblico impiego		27
2. Il sistema contrattuale della P.A. in generale		27
3. Il sistema contrattuale nel settore sanitario pubblico		28
<b>Capitolo IV* - Il sistema generale delle relazioni sindacali</b>	«	31
1. Le relazioni sindacali	«	33
2. Le norme di garanzia nei servizi pubblici essenziali	«	34
3. La contrattazione collettiva	«	37
4. I vari livelli di contrattazione	«	38
5. I soggetti sindacali	«	39
5.1. Lo svolgimento dell'attività sindacale nel luogo di lavoro	«	40
5.2. I distacchi, i permessi e le aspettative sindacali	«	42
5.3. La tutela del Dirigente sindacale	«	44
6. I rapporti con l'Amministrazione	«	45
<b>Capitolo V° - La contrattazione collettiva nazionale</b>	«	49
1. Generalità	«	51
2. I livelli di contrattazione	«	51
2.1. L'accordo quadro per la definizione dei comparti di contrattazione	«	52
2.2. L'accordo quadro per la definizione delle aree autonome di contrattazione della Dirigenza	«	52
2.3. Il comparto del S.S.N.	«	53

2.4.	Le aree dirigenziali del comparto del S.S.N.	Pag.	53
2.5.	La contrattazione nazionale collettiva di lavoro	«	54
2.6.	Le aziende e gli enti del S.S.N.	«	55
2.7.	UARAN	«	55
2.8.	La contrattazione collettiva integrativa decentrata	«	55
2.9.	Le delegazioni trattanti	«	56
3.	Il contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area dirigenziale medico/veterinaria	«	56
3.1.	Il campo di applicazione	«	59
3.2.	La durata del contratto nazionale	«	59
3.3.	La disdetta e il rinnovo tacito del contratto	«	60
3.4.	La vacanza contrattuale	«	60
3.5.	Le procedure di raffreddamento dei conflitti	«	61
3.6.	L'interpretazione autentica dei contratti	«	61
3.7.	Gli organismi permanenti, nazionali e regionali, di valutazione degli effetti contrattuali	«	62
3.8.	Le cd. "code contrattuali"	«	62
4.	La dirigenza dell'ARPA	«	63
5.	La dichiarazione di disapplicazione delle norme vigenti	«	64
<b>Capitolo VI° - La contrattazione integrativa decentrata</b>		«	65
1.	Generalità	«	67
2.	La contrattazione integrativa decentrata	«	67
2.1.	Gli enti destinatari	«	68
2.2.	Le delegazioni trattanti	«	68
2.3.	Le Rappresentanze sindacali unitarie (RSU) e le Rappresentanze sindacali aziendali (RSA)	«	69
2.4.	La durata dei contratti integrativi decentrati	«	71
2.5.	Le procedure della contrattazione integrativa decentrata	«	71
2.6.	La piattaforma contrattuale	«	73
2.7.	Il sistema della verifica dell'attuazione della contrattazione integrativa decentrata	«	74
2.8.	La trasmissione all'ARAN	«	74
3.	L'utilizzo delle risorse	«	75
4.	La verifica della compatibilità dei costi della contrattazione integrativa decentrata	«	75
5.	Le materie oggetto della contrattazione integrativa decentrata	«	76
5.1.	Le materie di cui all'art. 4 CCNL dell'area dirigenziale medica/veterinaria	«	77
5.2.	Le altre materie oggetto di contrattazione integrativa decentrata	«	79

	Pag.
7. Gli effetti dei benefici economici	
8. Il finanziamento degli istituti del trattamento economico: i Fondi aziendali	« 222
8.1. Il Fondo per indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento o indennità per i Dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa	« 223
8.2. Fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro	«
8.3. Fondo della retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale	«
8.4. Finanziamento dei fondi per incremento delle dotazioni organiche o dei servizi	« 228

#### Appendici:

A-- CCNL 8 giugno 2000 - Parte normativa quadriennio 199812001 e Parte economica biennio 199811999	« 229
B- CCNL 8 giugno 2000 - Parte economica biennio 200012001	« 291
C- CCNL 5 dicembre 1996 - Articoli ancora in vigore	« 303

#### Bibliografia generale

i ndice analitico

1. - Le relazioni sindacali. - Il nuovo regime privatistico del pubblico impiego, quale risulta dai principi contenuti nel D.L.vo n. 29/1993 e nelle successive modificazioni ed integrazioni, ha consentito che la contrattazione collettiva abbia assunto una nuova forza ed un nuovo ruolo, ben diversi da quelli rivestiti in precedenza; il motivo di questo cambiamento va ricercato nell'adozione dei contratti collettivi di lavoro quale fonte normativa del rapporto di lavoro nella P.A., così come accade nel mondo imprenditoriale privato. Così facendo, il sistema si è allineato al lavoro privato da sempre regolamentato secondo i principi generali del codice civile e dalla contrattualizzazione del rapporto di lavoro.

Ma il D.L.vo n. 29/1993 citato non si è limitato al solo intervento equiparatore dei due rapporti di lavoro - pubblico e privato - ma è andato oltre riscrivendo del tutto il quadro delle relazioni sindacali, aggiornandolo in modo da adeguarlo, in modo puntuale, a quelle che sono le attuali esigenze della nuova società italiana e del suo nuovo modo di ragionare in ordine alla insopprimibile necessità di rapporti corretti tra il Sindacato e il mondo datoriale pubblico.

Prima di entrare nel merito delle relazioni sindacali, peraltro, riteniamo opportuno descrivere, seppure in modo sintetico, alcuni principi di carattere generale che caratterizzano la contrattazione collettiva nell'ambito della Pubblica Amministrazione:

- A) La parte pubblica è sempre rappresentata dall'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN);
- B) I lavoratori sono rappresentati dalle Organizzazioni sindacali orizzontali e/o di categoria;
- C) I comparti di contrattazione sono determinati con un apposito Accordo quadro;
- D) La durata dei contratti nazionali collettivi di comparto è di quattro anni per la parte normativa e di due anni per la parte economica;
- E) Sono previsti tre distinti livelli di contrattazione (v. FIG.1 a pag 39):
  - a) gli Accordi (o Contratti) quadro, evidentemente a livello nazionale;
  - b) i Contratti nazionali collettivi di lavoro per ciascun comparto di contrattazione;
  - c) i Contratti integrativi decentrati, stipulati in sede aziendale.

E proprio in ordine alla nuova maggiore rilevanza assunta dalla contrattazione collettiva a seguito della cd. "privatizzazione del pubblico impiego", il sistema delle relazioni sindacali - nel pieno rispetto delle diverse responsabilità che investono la parte pubblica (aziende ed enti del Comparto sanità) e il sindacato (Confederazioni e OO.SS. di categoria) - è stato ridelineato in modo coerente con il fine di contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza aziendale e generale di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza del servizio pubblico erogato alla collettività.

In questo senso, l'art. 3 del CCNL dell'area dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N. - come già in precedenza aveva fatto l'art. 3 del vigente Contratto nazionale del personale del Comparto sanità e come ha fatto il corrispondente art. 3 del CCNL delle altre aree dirigenziali del S.S.N. - ha enunciato alcuni obiettivi prioritari, che in appresso esamineremo in modo più dettagliato trattando delle norme contrattuali ad essi specificamente dedicate: a) il miglioramento delle condizioni di lavoro dei Dirigenti medici e veterinari, in stretta connessione con la normativa sulla tutela protezionistica dei luoghi di lavoro (D.L.vo n. 626/1994); b) lo sviluppo professionale dei Dirigenti in questione. A tale proposito, come precisaremo in seguito, è necessario attendere la completa emanazione delle disposizioni ministeriali in ordine alla formazione manageriale, alla formazione continua e all'aggiornamento professionale della Dirigenza del S.S.N. in attuazione delle specifiche norme contenute nel D.L.vo n. 229/1999 e nel [D.P.R. n. 494/1997](#), anche se il CCNL fa rientrare in appositi Protocolli Regioni /OO.SS. di categoria firmatarie dei contratti delle aree dirigenziali del S.S.N. la materia; c) uno stabile sistema di relazioni sindacali; d) la piena funzionalità dei servizi erogati dalle aziende sanitarie, che comporta - almeno in via astratta - il miglioramento ed il conseguente mantenimento della qualità delle prestazioni rese alla cittadinanza.

Il raggiungimento dei predetti obiettivi comporta che il sistema delle relazioni sindacali sia articolato in precisi modelli, sui quali si tornerà in appresso (v. FIG.2 a pag 39):

- 1) la contrattazione collettiva a livello nazionale;
- 2) la contrattazione collettiva integrativa, a livello di azienda o di ente del S. S. N.;
- 3) la concertazione, la consultazione e l'informazione, istituti che, nel loro insieme, rappresentano l'aspetto partecipativo dei lavoratori allo svolgimento delle attività aziendali;
- 4) l'interpretazione autentica dei contratti collettivi, sia quelli nazionali sia quelli decentrati.

Gli obiettivi dianzi citati coincidono - né poteva essere altrimenti - con quelli in precedenza ipotizzati dal D.L.vo n. 29/1993 sulla riforma generale della P.A. e del pubblico impiego.

Da un esame comparato dei tre CCNL che regolano il rapporto di impiego del personale del S.S.N., si evince chiaramente che essi sono sintonizzati sulla stessa lunghezza d'onda, nel senso che tutti e tre i Contratti nazionali ritengono di fondamentale importanza il sistema delle relazioni sindacali, tant'è che tutti utilizzano quasi le medesime espressioni per disciplinare gli istituti relativi.

2. - Le norme di garanzia dei servizi pubblici essenziali. - Il problema degli scioperi nei servizi pubblici essenziali ha sempre costituito un aspetto molto delicato dei rapporti tra le Amministrazioni pubbliche e le Organizzazioni sindacali. Le prime si rendevano conto dei disagi arrecati alla collettività dagli

scioperi in determinati settori di intervento della P.A., soprattutto laddove gli interventi dei pubblici poteri si concretizzavano nella erogazione di servizi pubblici indispensabili ed essenziali, tra i quali un posto di assoluto rilievo spetta al settore sanitario; le seconde, sempre gelose della loro autonomia, pur essendo abbastanza propense ad una disciplina specifica delle modalità del diritto di sciopero in tali settori, cercavano di rinviare il problema adottando, nella contrattazione collettiva, norme di autoregolamentazione finalizzate a ridurre al massimo i disagi per l'utenza.

La genesi di questa autoregolamentazione dello sciopero va ricercata nella legge quadro sul pubblico impiego (legge 29 marzo 1983, n. 93) che prevedeva la possibilità per le associazioni sindacali dei pubblici dipendenti di essere ammesse alla contrattazione collettiva solo previa dimostrazione dell'adozione di appositi codici di autoregolamentazione del diritto di sciopero<sup>1</sup>. Da allora, i contratti collettivi nazionali per il personale del comparto del S.S.N. contennero sempre - o in allegato al contratto (cfr. D.P.R. 20 maggio 1987, n. 270, per l'accordo 1985/1987), ovvero inseriti espressamente nel testo del contratto (cfr. D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384, per l'accordo 1988/1990) - precise "norme di garanzia del funzionamento dei servizi pubblici essenziali".

Finchè una apposita legge - la legge 12 giugno 1990, n. 146, recante norme sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali e sulla salvaguardia dei diritti della persona tutelati costituzionalmente - non provvide a disciplinare definitivamente il settore dei pubblici servizi indispensabili; tra i settori disciplinati da quel provvedimento legislativo figura, ovviamente e in una posizione di preminenza, anche la sanità. Risultano, pertanto, specificamente disciplinati, nel quadro della regolamentazione del diritto di sciopero: la sanità, l'igiene pubblica e la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti urbani e di quelli speciali, tossici e nocivi. Recentemente, peraltro, la citata legge n. 146/1990 è stata modificata ed integrata dalla legge 11 aprile 2000, n. 83; l'adeguamento del provvedimento si è reso necessario al fine di consentire, da parte dello Stato, una maggiore salvaguardia dell'utenza dei servizi pubblici nei confronti delle procedure di sciopero e di altre forme di lotta instauratesi negli ultimi anni e ritenute lesive delle esigenze della collettività servita.

Le regole che la legge n. 146/1990 ha dettato per la salvaguardia dei diritti della persona consistono in: a) obbligo, da parte del Sindacato, di un preavviso minimo non inferiore a 10 giorni, con indicazione della durata dell'astensione

<sup>1</sup> Con l'Accordo intercompartimentale del 18 dicembre 1985 e il conseguente protocollo di intesa del 25 luglio dell'anno successivo, il Governo e le Organizzazioni sindacali, sia confederali che autonome, concordarono che: a) i sindacati dovevano impegnarsi a definire, per ogni comparto del pubblico impiego, un codice di autoregolamentazione uniforme dello sciopero, pena l'esclusione dalla contrattazione collettiva; b) il Governo doveva osservare norme di comportamento coerenti con le norme di corrette relazioni sindacali. In seguito, questi Accordi furono trasfusi e formalizzati nel D.P.R. 23 agosto 1988, n. 395.

dal lavoro; b) obbligo, per i soggetti che proclamano lo sciopero, di comunicare per iscritto, nel termine del preavviso, la durata e le modalità di attuazione, nonché le motivazioni dell'astensione collettiva dal lavoro; c) obbligo dell'indicazione preventiva della durata delle singole astensioni, con assicurazione, in ogni caso, di un livello di prestazioni compatibile con i principi perseguiti; d) obbligo, da parte delle aziende sanitarie, di concordare con le rappresentanze sindacali le prestazioni indispensabili che sono tenute ad assicurare, le modalità e le procedure di erogazione e le altre misure dirette a consentire gli adempimenti di legge; e) obbligo per le amministrazioni aziendali di dare comunicazione all'utenza (mediante gli organi di stampa, le reti televisive, ecc.) dell'astensione dal lavoro almeno cinque giorni prima dello sciopero e di rendere nota tempestivamente la riattivazione del servizio; f) le associazioni degli utenti sono legittimate ad agire in giudizio - anche al solo fine di ottenere la pubblicazione, a spese del responsabile, della sentenza che accerta la violazione dei diritti degli utenti - nei confronti delle OO.SS. responsabili che abbiano contravvenuto alle norme sulle modalità di sciopero previste dalla citata legge n. 146/1990 e nei confronti dei pubblici amministratori che non abbiano informato tempestivamente l'utenza del proclamato sciopero, quando da ciò sia derivato un disagio.

Il Contratto nazionale collettivo di lavoro dell'area Dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N. per il periodo 1 gennaio 1998/31 dicembre 2001 non contiene precise disposizioni circa le norme di garanzia dei servizi pubblici essenziali - come già in precedenza il CCNL 1994/1997 - se non un fuggevole accenno, in sede di determinazione delle materie oggetto della contrattazione integrativa decentrata, alle posizioni dirigenziali (Dirigenti medici e/o veterinari) i cui titolari devono essere esonerati dallo sciopero, ai sensi della legge n. 146/1990, secondo quanto previsto dall'Accordo sulle norme di garanzia dei servizi pubblici essenziali relativi all'area dirigenziale.

Tale Accordo - che, ovviamente, è tuttora in vigore in quanto non dichiarato disapplicabile dal CCNL vigente, né da quello precedente - individua i seguenti servizi pubblici da considerare essenziali per il comparto del S.S.N.:

- A) Assistenza sanitaria: a) assistenza d'urgenza; b) assistenza ordinaria; c) attività di supporto logistico, organizzativo ed amministrativo;
- B) Igiene e sanità pubblica;
- C) Veterinaria;
- D) Protezione civile;
- E) Distribuzione di energia, gestione e manutenzione di impianti tecnologici;
- F) Erogazione di assegni e di indennità con funzione di sostentamento.

Quanto ai tempi e alla durata degli scioperi nel settore sanitario - a prescindere dal citato preavviso di almeno dieci giorni - in considerazione della natura dei servizi resi dalle strutture sanitarie e del carattere integrato della relativa organizzazione di erogazione, l'Accordo stabilisce:

- 1) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non può superare, anche nelle strutture complesse ed organizzate per turni la durata massima di 24 ore (una giornata);
- 2) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non devono superare le 48 ore consecutive;
- 3) gli scioperi di durata inferiore alla giornata di lavoro si devono svolgere in un unico e continuativo periodo, all'inizio o alla fine di ciascun turno;
- 4) un intervallo minimo, tra una azione di sciopero e l'altra di ciascuna organizzazione sindacale, di almeno dodici giorni;
- 5) la garanzia che eventuali scioperi riguardanti singole aree professionali e/o organizzative non devono comunque compromettere le prestazioni considerate come indispensabili;
- 6) sono escluse manifestazioni di sciopero che impegnino singole unità operative, funzionalmente non autonome, ovvero singoli profili professionali;
- 7) sono del pari escluse forme surrettizie di sciopero quali assemblee permanenti o forme improprie di astensione dal lavoro;
- 8) non possono essere effettuate azioni di sciopero nei seguenti periodi: a) nel mese di agosto; b) nel periodo dal 23 dicembre al 7 gennaio; c) nel periodo dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo;
- 9) gli scioperi già indetti o in corso di svolgimento devono essere immediatamente sospesi in caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali.

3. - La contrattazione collettiva. - L'attribuzione ai contratti collettivi di lavoro del valore di fonte primaria nell'ambito del rapporto di lavoro del personale del S.S.N. ha comportato un indubbio rafforzamento del sistema della contrattazione collettiva nel nostro ordinamento; in ogni caso, il D.L.vo n. 29/1993 ha ben delimitato l'oggetto della contrattazione collettiva, quando ha stabilito che essa si svolge in tutte le materie relative al rapporto di lavoro ed alle relazioni sindacali, evitando, così, eventuali ipotetici allargamenti della sfera di azione dei contratti stessi.

Infatti, allo stato, non è più necessaria l'autorizzazione governativa sull'ipotesi di contratto concordata dall'ARAN e dalle Organizzazioni sindacali; il testo del Contratto - una volta raggiunto l'accordo tra le parti - viene dall'ARAN sottoposto al parere del Comitato del settore interessato, che deve essere espresso entro cinque giorni, per quanto riguarda il testo contrattuale e gli oneri finanziari diretti ed indiretti che ne conseguono a carico delle amministrazioni aziendali sanitarie. Acquisito il parere favorevole del Comitato di settore, il giorno successivo l'ARAN trasmette la quantificazione dei costi contrattuali alla Corte dei Conti ai fini della certificazione di compatibilità con gli strumenti di programmazione e bilancio; ove la Corte dei Conti non si esprima entro quindici giorni dalla trasmissione di tale quantificazione, il parere si intende positi-

voi. A questo punto l'ARAN e le Organizzazioni sindacali procedono, in apposito incontro, a sottoscrivere il contratto. Il Contratto collettivo nazionale di lavoro viene, poi, pubblicato nella Gazzetta ufficiale.

Analoga procedura è prevista per la contrattazione integrativa decentrata in sede aziendale, dove il controllo sulla compatibilità dei costi con i vincoli di bilancio è effettuato - con una procedura simile a quella in atto per la Corte dei Conti a livello nazionale - da un organo interno all'Azienda sanitaria, il Collegio sindacale, e l'amministrazione sanitaria è tenuta a trasmettere all'ARAN entro cinque giorni dalla sottoscrizione il relativo contratto decentrato; la legge finanziaria per il 2000 (legge 23 dicembre 1999, n. 488) ha introdotto un ulteriore controllo sui contratti integrativi decentrati, prescrivendo che essi - una volta certificati dal Collegio sindacale - siano trasmessi anche al Ministero del tesoro e al Dipartimento della funzione pubblica per l'accertamento della relativa compatibilità economico/finanziaria.

4. - I vari livelli di contrattazione. - Come già in precedenza accennato, la contrattazione collettiva avviene su tre livelli diversi, per ciascuno dei quali - i tre contratti collettivi nazionali di lavoro per il personale del S.S.N. li definiscono "modelli relazionali" - sarà approfondito l'esame in seguito:

A) A livello *nazionale*:

- a) Accordo/quadro' - tra l'ARAN e le Organizzazioni sindacali che abbiano nel comparto del S.S.N. una rappresentatività non inferiore al 5%, considerando a tal fine la media tra il dato associativo e il dato elettorale (art. 47 bis D.L.vo n. 29/1993) - per la determinazione dei comparti della contrattazione collettiva;
- b) Accordo/quadro' - tra l'ARAN e le OO.SS. dotate della rappresentatività di cui sopra - per la definizione delle aree autonome di contrattazione della dirigenza;
- c) Accordi/quadro' - sempre tra l'ARAN e le Organizzazioni sindacali con la rappresentatività di cui sopra - previsti espressamente dal D.L.vo n. 29/1993 per la regolamentazione di determinati istituti contrattuali validi per tutte le amministrazioni pubbliche: elezione RSU o RSA, distacchi e permessi sindacali, ecc.;
- d) CCNL per il personale non dirigente del comparto "sanità";
- e) CCNL per l'area dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N.;
- f) CCNL per l'area dirigenziale sanitaria, professionale, tecnica e ammini-

<sup>2</sup> Nel caso in cui la certificazione della Corte dei Conti fosse negativa, l'ARAN, sentito il Comitato di settore, assume le iniziative necessarie per adeguare la quantificazione dei costi contrattuali ai fini della certificazione, ovvero, ove non lo ritenesse possibile, riconvoca le Organizzazioni sindacali per la riapertura delle trattative.

<sup>1</sup> O anche Contratto collettivo quadro.

strativa del S.S.N.;

B) A livello regionale:

- a) Accordi tra Regioni e Organizzazioni sindacali al fine dell'individuazione dell'incremento, da parte delle prime, dei fondi aziendali destinati alla produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali per il personale del Comparto sanità;
  - b) Protocolli definiti in ciascuna Regione con le OO.SS. di categorie firmatarie dei CCNL delle aree dirigenziali nelle materie aventi riflessi sugli istituti disciplinati dai CCNL stessi (formazione manageriale e continua, verifica dell'entità dei finanziamenti dei fondi di posizione, di risultato e delle condizioni di lavoro di pertinenza delle aziende sanitarie soggette a riorganizzazione a seguito della programmazione regionale, perequazione di fondi vari) (artt. 41 e 42);
- C) A livello aziendale: Contratti integrativi decentrati nelle materie tassativamente individuate dai singoli Contratti collettivi nazionali di lavoro.

**5. - I soggetti sindacali.** - Preliminarmente, riteniamo oltremodo opportuno precisare che i soggetti sindacali ammissibili alla contrattazione collettiva a livello nazionale sono individuati direttamente dall'ARAN, organismo tenuto ad accertare se le Organizzazioni sindacali abbiano nell'area dirigenziale del comparto del S.S.N. una rappresentatività non inferiore al 5%, considerando a tal fine la media tra il dato associativo (espresso dalla percentuale delle deleghe per il versamento dei contributi sindacali rispetto al totale delle deleghe rilasciate nell'ambito interessato) e il dato elettorale, rappresentato dalla percentuale dei voti ottenuti nelle elezioni delle Rappresentanze del personale (RSA) rispetto al totale dei voti espressi nell'ambito considerato.

Uart. 9 del CCNL stabilisce che, nelle more della disciplina della rappresentanza sindacale dei Dirigenti medici e veterinari, in coerenza con la natura delle funzioni dirigenziali, i soggetti sindacali nei luoghi di lavoro siano le Rappresentanze sindacali aziendali (RSA), costituite espressamente ai sensi dell'art. 19 della legge n. 300/1970 dalle OO.SS. rappresentative in quanto ammesse alle trattative per la sottoscrizione dei relativi contratti collettivi nazionali.

Quanto ai soggetti sindacali investiti della titolarità del potere di contrattazione integrativa decentrata a livello aziendale; essi sono direttamente individuati dal contratto collettivo nazionale di lavoro: le RSA aziendali e le organizzazioni sindacali di categoria territoriali firmatarie del Contratto nazionale medesimo.

Al fine dell'identificazione dei soggetti sindacali in sede aziendale, molto importanti si presentano i seguenti Accordi nazionali quadro:

- 1) Accordo collettivo quadro per la costituzione delle RSU e per la definizione del relativo regolamento elettorale del 7 agosto 1998; poiché tale accordo si riferisce al personale del Comparto e non alle aree dirigenzia-

li per le quali tale tipologia di accordo non è stata stipulata, l'art. 9, 1° comma, del CCNL dell'area medica stabilisce che nelle more dell'adozione di tale contratto quadro, i soggetti sindacali nei luoghi di lavoro per la citata area dirigenziale sono le RSA costituite espressamente, ai sensi dell'art. 19 della legge n. 300/1970, dalle organizzazioni sindacali rappresentative in quanto ammesse alle trattative per la sottoscrizione dei relativi CCNL;

- 2) Accordo collettivo quadro sui distacchi, aspettative e permessi sindacali, nonché delle altre prerogative sindacali del 7 agosto 1998, modificato ed integrato con l'Accordo collettivo quadro del 27 gennaio 1999; per le aree autonome dirigenziali, l'accordo quadro sui permessi e i distacchi è stato stipulato il 25 novembre 1998. Per il biennio 2000/2001 è valido per il solo personale del Comparto sanità, invece, il contratto collettivo quadro stipulato il 9 agosto 2000.

Particolarmente rilevante appare il secondo di detti Accordi quadro, in quanto ha disciplinato in modo uniforme per tutte le amministrazioni pubbliche alcune prerogative sindacali che - originariamente disciplinate dallo statuto dei lavoratori (legge 20 maggio 1970, n. 300) - non erano mai state chiarite circa i limiti di applicabilità in certi settori della P.A.. Infatti, l'Accordo quadro in questione ha definitivamente regolamentato il diritto di assemblea, il diritto di affissione e la disponibilità di locali per le attività sindacali, oltre ad aver definitivamente disciplinato il delicato settore dei distacchi, delle aspettative e dei permessi sindacali, istituti, questi, assolutamente indispensabili per un corretto svolgimento delle funzioni sindacali da parte degli interessati in sede decentrata.

Per quanto riguarda l'organismo rappresentativo dei lavoratori a livello di azienda sanitaria, la Rappresentanza sindacale aziendale (rispettivamente, per il personale del Comparto o delle aree dirigenziali, RSU e RSA), si fa rinvio al Cap. VI\*, par. 2.3..

**5.1. - Lo svolgimento delle attività sindacali nei luoghi di lavoro. -**  
Nel determinare le diverse tipologie di attività sindacali nei luoghi di lavoro il primo riferimento è al diritto di assemblea del personale delle aziende e degli enti del S.S.N. durante le ore di lavoro; seguono, quindi, il diritto di affissione e l'utilizzazione continuativa di idonei locali per l'esercizio delle attività sindacali.

Il diritto di partecipare, durante le ore di lavoro, ad assemblee sindacali è riconosciuto a tutti i dipendenti delle aziende sanitarie, ivi compresi i lavoratori con contratto di lavoro temporaneo; le assemblee devono essere tenute in locali idonei concordati tra l'amministrazione aziendale e le organizzazioni sindacali e per un numero di dieci ore annue pro capite senza decurtazione della retribuzione.

I soggetti sindacali - che qui interessano - che sono autorizzati ad indire le assemblee sono: a) RSA aziendali; b) le organizzazioni sindacali di categoria fir-

matarie del contratto collettivo nazionale per le aree Dirigenziali del S.S.N..

Le assemblee che riguardano la generalità dei dipendenti o gruppi o categorie di essi, possono essere indette singolarmente o congiuntamente con specifico ordine del giorno su materie di interesse sindacale e del lavoro; la convocazione, la sede, l'ordine del giorno e l'eventuale partecipazione di dirigenti sindacali esterni sono comunicate all'amministrazione aziendale, con preavviso scritto, almeno tre giorni prima. L'amministrazione sanitaria - ove per eventuali condizioni eccezionali e motivate fosse costretta ad esigere uno spostamento della data dell'assemblea - deve comunicare per iscritto almeno 48 ore prima questa esigenza alle rappresentanze sindacali che hanno indetto l'assemblea.

La rilevazione dei partecipanti e delle ore di partecipazione di ciascun dipendente all'assemblea sindacale è effettuata dai responsabili delle singole Unità operative e comunicata all'amministrazione aziendale.

Nel caso in cui l'attività lavorativa sia articolata per turni, l'assemblea deve svolgersi, di regola, all'inizio o alla fine di ciascun turno; analoga impostazione deve essere seguita nel caso di uffici con servizi continuativi aperti al pubblico. In ogni caso, durante le ore dell'assemblea, deve essere garantita la continuità delle prestazioni indispensabili nelle unità operative interessate, secondo quanto previsto dal Contratto nazionale collettivo di lavoro.

Per quanto riguarda, invece, il cd. **diritto di affissione e la disponibilità di idonei locali** nei quali svolgere l'attività sindacale, l'Accordo nazionale quadro del 7 agosto 1998 ha sostanzialmente recepito le disposizioni della legge n. 300/1970; infatti, le rappresentanze sindacali (RSU o RSA e organizzazioni sindacali firmatarie del contratto nazionale per il comparto del S.S.N.) hanno diritto di affiggere, in appositi spazi che l'amministrazione dell'azienda sanitaria ha l'obbligo di predisporre, in luoghi accessibili a tutto il personale, pubblicazioni, testi e comunicati inerenti a materie di interesse sindacale e del lavoro, utilizzando, ove disponibili, anche sistemi di informatica.

Circa i locali, l'Accordo - come del resto lo stesso Statuto dei lavoratori - formula due ipotesi difformi a seconda che si tratti di amministrazioni pubbliche con oltre duecento dipendenti o con meno di duecento dipendenti; ovviamente, con riferimento alle Aziende sanitarie, l'ipotesi più realistica è la prima, in quanto sicuramente essa dispone di oltre duecento dipendenti. Di conseguenza, l'amministrazione aziendale deve mettere a disposizione, permanentemente e gratuitamente, delle rappresentanze sindacali di cui sopra l'uso continuativo di un idoneo locale comune - organizzato secondo modalità concordate tra le due parti - per consentire l'esercizio della loro attività istituzionale'. L'obbligo per l'Azienda sanitaria è quello di mettere a disposizione un solo locale

Nel caso di amministrazioni con meno di duecento dipendenti, l'obbligo è di mettere a disposizione degli organismi rappresentativi del personale - previa richiesta - un locale idoneo per le loro riunioni e limitatamente alla durata di queste.

da utilizzarsi da tutti i soggetti sindacali; ma, Ovviamente, questo impegno rappresenta il minimo, per cui, ove esistano spazi maggiori, nulla vieta all'amministrazione - previa motivata richiesta del Sindacato - di mettere a disposizione di esso più di un locale.

5.2. - I distacchi, i permessi e le aspettative sindacali. - Il delicato problema dei distacchi, dei permessi e delle aspettative sindacali è stato regolamentato, nel tempo, da una serie cospicua di disposizioni. Il D.L.vo n. 29/1993, nel testo attuale, ha rinviato ad un Accordo nazionale quadro la disciplina della materia; tale Accordo nazionale è stato sottoscritto in data 7 agosto 1998 dall'ARAN e dalle Organizzazioni sindacali, per cui la complessa materia' è, per il biennio 1998/1999, da quello strumento contrattuale dettagliatamente disciplinata. Per il successivo biennio (2000/2001) l'accordo quadro di riferimento è rappresentato dal contratto collettivo quadro stipulato il 9 agosto 2000. Ovviamente, per quanto riguarda le Aree dirigenziali che qui interessano, l'Accordo/quadro di riferimento è quello stipulato in data 24 novembre 1998<sup>6</sup>, anche se la disciplina è quella prevista nell'Accordo generale.

Il distacco sindacale spetta a tutti i dipendenti -sia a tempo pieno sia a part-time - in servizio con rapporto a tempo indeterminato presso le aziende e gli enti del S.S.N., che siano componenti degli organismi direttivi statuari delle proprie Confederazioni ed organizzazioni sindacali rappresentative; il distacco sindacale assicura al dipendente che ne fruisce: a) il mantenimento della retribuzione, nei limiti previsti dal contratto nazionale collettivo di lavoro del comparto sanità, per tutta la sua durata'; b) il riconoscimento, a tutti gli effetti, del periodo di distacco sindacale come servizio prestato nell'amministrazione, salvo che per il periodo di ferie e per il periodo di prova, che eventualmente resterà sospeso per tutto il periodo del distacco medesimo.

Gli Accordi quadro del 7 agosto 1998 e del 9 agosto 2000 stabiliscono un tet-

<sup>1</sup> Non sussiste dubbio alcuno che la materia dei distacchi e dei permessi sindacali rivesta risvolti oltremodo delicati, atteso che il numero complessivo di tali permessi/distacchi è suddiviso tra le diverse organizzazioni sindacali del settore, a loro volta articolati in strutture territoriali e aziendali; il che può comportare in determinate ipotesi un disequilibrio di valori.

<sup>2</sup> L'accordo quadro per i distacchi della Dirigenza del S.S.N. del 24 novembre 1998 prevede per la Dirigenza medicoveterinaria un numero complessivo di distacchi pari a n. 48 distacchi assegnati alle OO.SS. di categoria e n. 4 distacchi assegnati alle Confederazioni; i primi sono così ripartiti: n. 2 al SNR, n. 5 al CIVEMP (SIVEMP-SIMET), n. 3 all'ANPO, n. 4 alla FESMED (ACOI, ANMCO, AOGOI, SUMI, SEDI, FEMEPA, ANMDO), n. 4 all'UMSPED (AAROI-AIPAC), n. 4 alla FED. CISL-MEDICI COSIME, n. 5 alla FED. CGIL, UIL, FIALS, CUMI, AMFUP, n. 7 alla CIMO-ASMD, n. 14 alla ANAAO ASSOMED. I secondi sono, invece, così ripartiti: n. 1 alla CISL, n. 1 alla CGIL, n. 2 alla COSMED.

<sup>3</sup> Il vigente CCNL per il comparto sanità prevede che al Dirigente sindacale distaccato competa il trattamento economico complessivo in atto goduto, con esclusione dei compensi e delle indennità per il lavoro straordinario e di quelli collegati all'effettivo svolgimento delle prestazioni.

to al numero dei dipendenti e dei dirigenti della P.A. che possono usufruire del distacco sindacale; all'interno del comparto, il contingente di personale al quale attribuire i distacchi sindacali è ripartito per il 90% alle organizzazioni sindacali di categoria rappresentative e per il 10% alle Confederazioni sindacali, garantendo comunque a queste ultime almeno un distacco. Le Associazioni sindacali rappresentative sono le esclusive intestatarie dei distacchi sindacali; la distribuzione dei distacchi in questione tra le Confederazioni e le Associazioni sindacali rappresentative è effettuata sulla base della loro rappresentatività, accertata dall'ARAN, della diffusione territoriale e della consistenza delle strutture organizzative nel comparto sanità.

L'Accordo quadro prevede la flessibilità in tema di distacchi sindacali; infatti, nei limiti del loro numero complessivo, essi possono essere frazionati, nel senso che più dirigenti sindacali possono fruire dello stesso distacco per periodi non inferiori a tre mesi. Ovvero, sempre nel rispetto del numero complessivo, il Dirigente sindacale a tempo pieno può utilizzare - previa intesa del dipendente con l'amministrazione aziendale - il distacco mediante articolazione della prestazione lavorativa al 50%; in tale caso, il dirigente sindacale può scegliere la riduzione di orario in questione in tutti i giorni lavorativi, ovvero in determinati giorni della settimana, del mese o di determinati periodi dell'anno, purchè sia rispettato, come media, la durata del lavoro settimanale prevista per la prestazione ridotta nell'arco di tempo preso in considerazione.

Al Dirigente che fruisce dei distacchi sindacali compete il trattamento economico complessivo in atto goduto, con esclusione dei compensi e delle indennità per lavoro straordinario e di quelli collegati all'effettivo svolgimento delle prestazioni (es. retribuzione di risultato); egli, infatti, è contrattualmente equiparato, a tutti gli effetti, al personale in servizio.

Dirigenti sindacali possono usufruire nei luoghi di lavoro di permessi sindacali retribuiti, giornalieri ed orari, per l'espletamento del loro mandato (partecipazione a trattative sindacali, a Convegni e Congressi di natura sindacale); i permessi in questione spettano ai seguenti dirigenti sindacali (art. 9 CCNL dell'area dirigenziale medicoveterinaria):

A) ai componenti delle RSA aziendali;

B) ai dirigenti sindacali delle organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL.

permessi sindacali - nella misura di n. 81 minuti per dipendente o dirigente - sono ripartiti in misura pari a n. 30 minuti alla RSA e in misura pari a n. 51 minuti alle associazioni sindacali rappresentative; il Contratto collettivo nazionale per il comparto sanità, per la parte di competenza, può integrare sino ad

<sup>a</sup> secondo degli accordi quadro, valido per il biennio in corso, ha fissato in n. 2460 unità di personale  
<sup>ii</sup> limite dei distacchi sindacali per tutta la P.A., dei quali n. 464 unità per il comparto del S.S.N., così ripartiti: n. 380 per il personale del comparto sanità e n. 84 per l'area dirigenziale dello stesso comparto.

<sup>i</sup> La prestazione lavorativa del Dirigente sindacale può essere anche superiore al 50%.

Un massimo di n. 60 minuti i permessi di pertinenza della rappresentanza sindacale interna, riducendo di conseguenza quelli di pertinenza delle associazioni sindacali di categoria a n. 21 minuti. Il vigente CCNL, peraltro, non è intervenuto in proposito; il che comporta che è rimasto in vigore il rapporto originario 30/51 minuti. Il Contratto/quadro del 9 agosto 2000, valido per il biennio 2000/2001, ha modificato i parametri numerici sopraindicati, per cui i permessi in questione sono stati portati a n.77 minuti per dipendente, di cui n.30 per le RSA e n.47 per le OO.SS. firmatarie del CCNL. I permessi di spettanza delle associazioni sindacali rappresentative sono ripartiti tra queste in ragione della loro rappresentatività, accertata in sede locale (azienda sanitaria) sulla base del solo dato associativo espresso dalla percentuale delle deleghe per il versamento dei contributi sindacali rispetto al totale delle deleghe rilasciate nell'ambito considerato (art.9 CCNL.). Per l'area della dirigenza medico/veterinaria il monte ore complessivo per i permessi sindacali ammonta ad un totale di 12.302 ore (Accordo quadro del 24 novembre 1998).

I permessi sindacali retribuiti, sia giornalieri sia orari, sono equiparati a tutti gli effetti al servizio prestato, anche se nell'utilizzo dei permessi deve essere comunque garantita la funzionalità dell'attività lavorativa della struttura o dell'unità operativa di appartenenza del dipendente. A tal fine, della fruizione del permesso sindacale deve essere previamente avvertito il responsabile dell'unità operativa o della struttura lavorativa, secondo le modalità concordate in sede di contrattazione integrativa decentrata.

L'Accordo/quadro prevede anche la disciplina dei permessi sindacali non retribuiti per la partecipazione a trattative sindacali o a Congressi o Convegni di natura sindacale; tali permessi spettano ai Dirigenti sindacali titolari della fruibilità dei permessi sindacali retribuiti in misura non inferiore ad otto giorni l'anno, cumulabili anche trimestralmente. Per questi permessi è necessaria la comunicazione scritta - del dirigente sindacale interessato, per il tramite della propria associazione sindacale - all'amministrazione aziendale almeno tre giorni prima della fruizione.

I Dirigenti sindacali che ricoprono cariche in seno agli organismi direttivi statutari delle proprie Confederazioni e Organizzazioni sindacali rappresentative possono anche usufruire di aspettative sindacali non retribuite per tutta la durata del mandato.

5.3. - La tutela del Dirigente sindacale. - L'Accordo/quadro del 7 agosto 1998 si è anche preoccupato della tutela giuridica del dirigente sindacale che riprende servizio al termine del distacco o dell'aspettativa sindacale, sulla falsariga di quanto era stato previsto, a suo tempo, dallo Statuto dei lavoratori per il settore lavorativo privato.

Il Dirigente sindacale - che rientra in servizio dopo il periodo del distacco o dell'aspettativa sindacale - deve essere ricollocato nel sistema organizzativo

dell'azienda sanitaria dalla quale dipende, fatte salve le anzianità maturate e conserva, ove più favorevole, il trattamento economico goduto all'atto del trasferimento mediante l'attribuzione ad personam della differenza con il nuovo trattamento economico previsto, fino al riassorbimento a seguito dei futuri miglioramenti economici.

Il Dirigente medico o veterinario non può essere discriminato per l'attività in precedenza svolta nella sua veste di Dirigente sindacale né può essere assegnato ad attività che possano far sorgere conflitto di interesse con la stessa.

Inoltre, il trasferimento di un Dirigente sindacale cessato dal mandato in una unità operativa dell'azienda sanitaria, ubicata in una sede diversa da quella di assegnazione originaria, può essere effettuata solo previo nullaosta della Organizzazione sindacale di appartenenza o della RSA, ove egli ne sia componente; tale nullaosta è necessario sino alla fine dell'anno successivo a quello della cessazione del mandato sindacale.

I Dirigenti sindacali - nell'esercizio delle loro funzioni - non sono ovviamente soggetti al principio della subordinazione gerarchica prevista dalla normativa vigente.

6. - I rapporti con l'amministrazione. - Il vigente CCNL (artt. 3 e 11), dopo aver auspicato uno stabile sistema di relazioni sindacali, stabilisce che esso debba essere ispirato a principi di responsabilità, correttezza, buona fede e trasparenza dei comportamenti ed essere orientato alla prevenzione dei conflitti; peraltro, tiene distinte le responsabilità, le prerogative e la libertà di iniziativa e di decisione dell'Azienda sanitaria da una parte e del Sindacato dall'altra nel caso in cui non si raggiunga l'accordo tra le Parti negoziali nelle materie di contrattazione decentrata senza obbligo di accordo. Sempre in questa ottica, il CCNL stabilisce che, entro il primo mese del negoziato in ordine alla contrattazione integrativa decentrata, le Parti non possano assumere iniziative unilaterali né possano procedere ad azioni dirette; in ogni caso, le Parti negoziali debbono comunque compiere ogni ragionevole sforzo per raggiungere l'accordo nelle materie in questione.

Equalmente le Parti debbono astenersi dall'assumere iniziative unilaterali, nell'arco temporale in cui si svolgono la concertazione o la consultazione, in ordine alle materie oggetto di tali istituti contrattuali.

Riteniamo opportuno, a questo punto, fornire un cenno sul problema degli strumenti a disposizione del Sindacato nei rapporti con l'amministrazione aziendale, strumenti che possono suddividersi in:

- A) formali, quali le richieste di incontro, di concertazione e di consultazione, ovvero richieste di costituzione di Commissioni bilaterali o di Osservatori per l'approfondimento di particolari problematiche. Ovviamente tali richieste devono assumere la forma scritta, soprattutto per quanto riguarda le richieste di concertazione, dalla cui data decorrono i tempi abba-

- stanza ristretti (30 giorni) stabiliti dal CCNL;
- 8) riepilogativi, quali i verbali degli incontri tra amministrazione aziendale e sindacato, predeterminati (ordinari) o straordinari, verbali che assumono rilevante importanza in sede di incontri di concertazione, laddove le Parti non trovino una intesa entro i termini stabiliti dal CCNL (30 giorni) e riassumano i propri ruoli e le proprie responsabilità. Owerò i verbali delle riunioni delle Commissioni e degli Osservatori, verbali che, ovviamente, devono essere firmati da tutti i componenti presenti alle diverse riunioni;
- C) meramente informativi, con i quali il Sindacato informa l'amministrazione aziendale della data di una assemblea del personale;
- D) di preavviso obbligatorio, con i quali il Sindacato informa l'amministrazione aziendale di iniziative di astensione dal lavoro del personale (sciopero).

## **Fig. 1 - Il sistema generale delle relazioni sindacali**

ACCORDO NAZIONALE QUADRO  
PER LA DEFINIZIONE DEI COMPARTI

CONTRATTI COLLETTIVI NAZIONALI  
DI COMPARTO E DI AREA DIRIGENZIALE

CONTRATTI INTEGRATIVI DECENTRATI

## **Fig. 2 - Il sistema dei modelli relazionali nell'area dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N.**

**CCNL**



CONTRATTI INTEGRATIVI DECENTRATI

INFORMAZIONE, CONCERTAZIONE E CONSULTAZIONE

## Capitolo V

# LA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA NAZIONALE

7. - Generalità - Il D.L.vo 3 febbraio 1993, n. 29, nell'apposito Titolo III, relativo alla contrattazione collettiva e alla rappresentatività sindacale, ha affrontato in termini abbastanza rivoluzionari, rispetto al modello tradizionale precedentemente in vigore - gestito, in base alla legge 29 marzo 1983, n. 93, con provvedimenti amministrativi di approvazione dei contratti collettivi nazionali - il sistema della contrattazione collettiva a livello nazionale, disciplinandone specificamente principi, criteri, obiettivi, processi e modalità.

Riteniamo opportuno fornire un quadro generale dell'argomento, anche se la materia specifica oggetto del presente Manuale è rappresentato dalla Contrattazione decentrata integrativa, che sarà in appresso oggetto di un più approfondito esame; soprattutto con riguardo agli istituti tipici ed alle procedure seguite in sede di contrattazione a livello nazionale. Il tutto, per riuscire a comprendere meglio il sistema complessivo, in relazione alle materie oggetto dei contratti integrativi a livello di azienda sanitaria, le quali, come già accennato, sono tassativamente elencate nei contratti collettivi nazionali, anche se è comunemente ritenuto che le Parti, di comune accordo, possano integrare gli argomenti predetti con altri non espressamente previsti come decentrati.

2. - 1 livelli di contrattazione. - Riteniamo opportuno premettere ancora una volta che i livelli di contrattazione del Comparto del S.S.N. possono ricondursi sostanzialmente a due - il livello centrale, che comprende sia gli Accordi quadro nazionali previsti dal D.L.vo n. 29/1993, sia i Contratti collettivi nazionali di lavoro dei singoli Comparti, e il livello periferico, rappresentato dalla contrattazione integrativa decentrata in sede aziendale e dagli istituti tipici utili, o meglio necessari, per la sua realizzazione - mentre l'istituto della interpretazione autentica delle norme contrattuali ha valenza nei confronti di entrambi i livelli di contrattazione, in quanto posta in essere direttamente dalle medesime Parti sottoscrittrici dei diversi Accordi.

Oltre all'Accordo nazionale quadro per la definizione dei Comparti (e delle aree) di contrattazione, che costituisce la base di tutto il sistema contrattuale della P.A. - sul quale, proprio per questa sua funzione primaria, si ritornerà approfonditamente in seguito (cfr. par. 2.1.) - egualmente importanti si presentano i due Accordi nazionali quadro, entrambi in data 7 agosto 1998, i quali hanno disciplinato, rispettivamente, l'erogazione dei distacchi, dei permessi e delle aspettative sindacali (v. infra, Cap. II, par. 5.3.) e l'elezione e il funzionamento delle Rappresentanze sindacali unitarie - RSU o RSA - in azienda (v. infra, Cap. IV, par. 2.3.).

Alla stipulazione di questi Accordi nazionali quadro sono ammesse da parte dell'ARAN - le sole Confederazioni sindacali alle quali, in almeno due comparti o due aree contrattuali, siano affiliate Organizzazioni sindacali con una rappresentatività non inferiore al 5%.

**2.1. - L'Accordo nazionale quadro per la definizione dei Comparti di contrattazione.** - Nell'ottica oltremodo privatizzata che il D.L.vo n. 29/1993 ha tracciato del sistema di contrattazione collettiva non poteva mancare l'ipotesi di un istituto contrattuale che potesse sostituire la ormai superata legge-quadro sul pubblico impiego (legge 29 marzo 1983, n. 93) che, a suo tempo, aveva impostato la politica contrattuale della P.A. sulla compartimentalizzazione dei settori di intervento operativo su base normativa e che era stata, in seguito, attuata con il D.P.R. 5 marzo 1986, n. 68. L'art. 45 del citato D.L.vo n. 29/1993 ha così stabilito che la individuazione dei comparti di contrattazione collettiva nazionale fosse rimandata ad appositi accordi tra l'ARAN e le Confederazioni sindacali rappresentative, in relazione a settori omogenei o affini di attività e nel pieno assoluto rispetto della clausola che vedeva la Dirigenza dei diversi comparti costituire un'area contrattuale autonoma.

Il 2 giugno 1998 - successivamente modificato ed integrato in data 9 agosto 2000 - viene sottoscritto tra l'ARAN e le OO.SS. rappresentative l'Accordo nazionale quadro per la definizione dei comparti di contrattazione collettiva, nel quale è individuato anche il Comparto del Servizio sanitario nazionale. Gli altri Comparti di contrattazione sono riservati rispettivamente al personale: dei Ministeri; degli enti pubblici non economici; delle Regioni e delle Autonomie locali; delle istituzioni e degli enti di ricerca e sperimentazione; della scuola; dell'università; delle Aziende e delle amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo; della Presidenza del Consiglio dei Ministri; delle Agenzie delle entrate, delle dogane, del territorio e del demanio, denominate "agenzie fiscali". Per ciascuno di tali comparti - in attuazione del disposto dell'art. 45, terzo comma, del D.L.vo n. 29/1993 - sono previste aree autonome di contrattazione riservate al personale dirigente; il relativo Accordo nazionale quadro è stato stipulato il 24 novembre 1998.

**2.2. - L'accordo nazionale quadro per la definizione delle aree autonome di contrattazione della Dirigenza.** - In attuazione della disposizione con la quale l'accordo nazionale quadro per la definizione dei comparti di contrattazione della P.A. rinviava ad altro contratto collettivo la determinazione delle aree autonome di contrattazione per la Dirigenza, è stato stipulato - tra l'ARAN e le seguenti Confederazioni sindacali: CISL, CGIL, UIL, CONFSAL, CONFEDIR, CIDA, COSMED - l'apposito Accordo del 24 novembre 1998, successivamente modificato ed integrato dal CCNQ 25 luglio 2000.

Questo accordo quadro, nel comparto del S.S.N., individua due distinte aree dirigenziali di Contrattazione (area III e area IV), confermando così l'impostazione tradizionale che vedeva, ai fini della contrattazione collettiva, la Dirigen-

<sup>1</sup> Gli ultimi due comparti di contrattazione saranno operativi a partire dal prossimo quadriennio 2002/2005.

za del Servizio articolata in due grandi aree: la Dirigenza medica e l'altra Dirigenza:

- 1) Area comprendente la Dirigenza dei ruoli professionale, tecnico, amministrativo e sanitario;
- 2) Area relativa alla Dirigenza medica, comprendente i medici, gli odontoiatri ed i veterinari

2.3. - Il comparto del S.S.N.. - L'art. 6 dell'Accordo nazionale quadro del 2 giugno 1998 definisce il comparto del personale del S.S.N. come il comparto comprendente il personale - ivi compresi i Dirigenti - dipendente da:

- A) le Aziende sanitarie locali (AA.SS.LL.) e le Aziende ospedaliere;
- B) gli Istituti zooprofilattici sperimentali;
- C) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), con natura giuridica pubblica;
- D) l'Ordine Mauriziano di Torino;
- E) l'Ospedale Galliera di Genova;
- F) le ex Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) con finalità di assistenza sanitaria;
- G) le Residenze sanitarie assistite (RSA), prevalentemente pubbliche;
- H) le Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA).

L'Accordo 2 giugno 1998 aggiunge, con riferimento al personale dei settori misti, ove operano amministrazioni pubbliche e soggetti privati - e in particolare ai settori delle Regioni/Autonomie locali e sanità - che le Parti negoziali riconoscano l'opportunità di realizzare omogeneità di comportamenti nelle scelte politiche contrattuali nel rinnovo dei contratti collettivi di lavoro, fermi restando i rispettivi ambiti di rappresentanza. Nell'ottica degli indirizzi che saranno deliberati dai Comitati di settore, ai quali competono tutte le relative determinazioni, l'ARAN potrà assumere iniziative di sensibilizzazione nei confronti delle Parti datoriali da essa non rappresentate (soggetti privati) al fine di favorire, ove possibile, anche con la contestualità, soluzioni contrattuali coerenti ed omogenee in relazione alla coincidenza dei settori operativi o dalla contiguità di essi.

Per quanto riguarda in generale la Dirigenza del S.S.N., dobbiamo ricordare che l'art. 45, terzo comma, del D.L.vo n. 29/1993 ha fatto salvo quanto stabilito dall'art. 15 del D.L.vo n. 502/1992 per la Dirigenza sanitaria, comprensiva della Dirigenza medica e non medica; poiché, tradizionalmente, l'area contrattuale della Dirigenza medico/veterinaria ha sempre costituito una area autonoma rispetto alla rimanente Dirigenza sanitaria, il medesimo criterio è stato nuovamente seguito nel recente rinnovo contrattuale.

2.4. - Le aree dirigenziali del Comparto del S.S.N. - Il quadro completo delle aree dirigenziali del S.S.N. si evince confrontando una serie di disposizio-

ni del settore che individuano i Dirigenti in relazione al titolo professionale posseduto e alla sfera di attività alla quale sono assegnati: D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive disposizioni; D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 493; D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 498; D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761; CCNL delle varie aree dirigenziali del S.S.N..

Sostanzialmente, in relazione alle funzioni svolte, la Dirigenza del Servizio può essere così articolata:

- A) Dirigenza sanitaria, a sua volta suddivisa in: a) Dirigenza medica e veterinaria (della quale fanno parte i medici, gli odontoiatri e i veterinari); b) Dirigenza sanitaria propriamente detta, che comprende i biologi, i chimici, i farmacisti, i fisici e gli psicologi';
- B) Dirigenza non sanitaria, a sua volta articolata in: a) Dirigenza professionale, comprendente ingegneri, architetti, avvocati; b) *Dirigenza* tecnica, della quale fanno parte gli statistici, i sociologi; c) Dirigenza amministrativa.

Ovviamente, la Dirigenza sanitaria è addetta - direttamente e/o indirettamente-alla funzione istituzionale primaria svolta dalle aziende e dagli enti del S.S.N.: L'assistenza sociosanitaria; l'altra Dirigenza, invece, è investita di una funzione di supporto alle unità operative assistenziali.

2.5. - La contrattazione nazionale collettiva di lavoro. - La contrattazione collettiva si svolge su tutte le materie relative al rapporto di lavoro e alle relazioni sindacali; è sempre oggetto di contrattazione, in coerenza con il settore privato, la durata dei contratti collettivi nazionali e integrativi decentrati, la struttura contrattuale e i rapporti che necessariamente intercorrono tra i diversi livelli di contrattazione.

Nella contrattazione collettiva nazionale le delegazioni trattanti sono composte:

- A) per la parte pubblica, dall'ARAN;
- B) per le organizzazioni sindacali da: a) le Organizzazioni sindacali che abbiano nel comparto (o nell'area dirigenziale) una rappresentatività non inferiore al 5% considerando a tal fine la media tra il dato associativo e il dato elettorale; b) le Confederazioni alle quali le Organizzazioni sindacali ammesse - purché con rappresentatività non inferiore al 5% - siano affiliate.

z In ordine alla Dirigenza sanitaria, dobbiamo osservare che i medici, gli odontoiatri, i veterinari e i farmacisti costituiscono le "professioni sanitarie" tradizionali, soggette alla vigilanza del Ministero della sanità; tutte le altre costituiscono professioni liberali, associate in Ordini o Collegi professionali soggetti alla vigilanza del Ministero di grazia e giustizia. Dobbiamo anche richiamare l'attenzione sui prossimi sviluppi contrattuali che la legge n.251/2000 impone: l'attribuzione della qualifica dirigenziale - con conseguente inserimento nella contrattazione collettiva per l'area della Dirigenza sanitaria - di alcune categorie di personale infermieristico.

2.6. - Le aziende e gli enti del S.S.N. - Le aziende, le amministrazioni, gli istituti e gli enti del S.S.N. ai quali si applica il Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area dirigenziale medico/veterinaria del Servizio sono quelli espressamente indicati nel precedente paragrafo 2.2., al quale si fa rinvio, e che nel testo del presente Manuale sono genericamente indicate come "aziende".

Alla Dirigenza medica e veterinaria delle Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente, che è confluita nell'ARPA proveniente da altri enti o strutture (AA.SS.LL., PMP, ecc.) - sino a quando i Dirigenti interessati non saranno inquadrati definitivamente nei ruoli delle Agenzie stesse - si continuerà ad applicarle i contratti collettivi dei comparti di provenienza.

2.7. - L'ARAN. - Il D.L.vo n. 29/1993 ha istituito una apposita Agenzia - Agenzia per la rappresentanza negoziale della pubblica amministrazione (ARAN) - e le ha conferito la rappresentanza legale di tutta la P.A. agli effetti della contrattazione collettiva nazionale.

Pertanto (l'ARAN esercita, a livello nazionale, ogni attività relativa alle relazioni sindacali, alla negoziazione dei contratti collettivi e alla assistenza delle pubbliche amministrazioni ai fini dell'uniforme applicazione dei contratti collettivi; inoltre, le pubbliche amministrazioni possono avvalersi dell'assistenza dell'Agenzia anche in sede di contrattazione decentrata integrativa.

Le pubbliche amministrazioni esercitano, nei confronti dell'ARAN, il potere di indirizzo e le altre competenze relative alle procedure di contrattazione collettiva nazionale attraverso appositi Comitati di settore; al Comitato di settore per il comparto di contrattazione collettiva delle aziende ed enti del S.S.N. partecipa un rappresentante del Governo designato dal Ministero della sanità.

2.8. - La contrattazione collettiva integrativa decentrata. - L'art. 45 del D.L.vo n. 29/1993 fissa una serie di principi ai quali la P.A. - e, quindi, anche le Aziende sanitarie - deve attenersi. Così, le Pubbliche Amministrazioni devono attivare autonomi livelli di contrattazione collettiva integrativa, nel rispetto dei vincoli di bilancio risultanti dagli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione; tale livello di contrattazione si svolge nelle materie e nei limiti imposti dalla contrattazione collettiva nazionale, tra i soggetti e con le procedure negoziali in quest'ultima stabiliti. Inoltre, per alcune amministrazioni - e tra queste non figurano le aziende e gli enti del S.S.N. - la contrattazione decentrata può avere un ambito territoriale e riguardare più amministrazioni: questa ipotesi si configura soprattutto per gli enti locali territoriali di minori dimensioni: es. Comuni a scarsa densità demografica o IPAB prive di Dirigenza, come per l'appunto prevede il CCNL per il personale del Comparto Regioni/Autonomie locali.

In ogni caso, il D.L.vo n. 29/1993 pone l'espresso divieto a sottoscrivere, in sede decentrata, contratti integrativi in contrasto con i vincoli risultanti dai con-

tratti collettivi nazionali o che comportino oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale dell'amministrazione interessata. La conseguenza del mancato rispetto di tali vincoli comporta - a prescindere dall'eventuale responsabilità contabile per gli amministratori aziendali - la nullità, in tutto o in parte, del contratto decentrato integrativo.

**2.9. - Le delegazioni trattanti.** - La composizione delle delegazioni trattanti nella contrattazione collettiva a livello nazionale e a livello integrativo decentrato è - almeno per quanto riguarda la partecipazione sindacale alle trattative - abbastanza simile.

La parte pubblica, infatti, a livello di contrattazione collettiva nazionale è sempre rappresentata dall'ARAN; a livello di contrattazione collettiva integrativa decentrata, invece, la delegazione pubblica - con o senza l'assistenza dell'ARAN - è rappresentata direttamente dal Direttore generale dell'azienda sanitaria, ovvero da un Dirigente suo delegato, e dai rappresentanti dei titolari degli uffici interessati, appositamente individuati dall'azienda. Ovviamente, sia la delega direttoriale ad altro Dirigente sia l'individuazione dei rappresentanti degli uffici aziendali interessati alla contrattazione necessitano di un provvedimento formale che concretizzi la loro partecipazione alla trattativa e definisca gli ambiti del loro potere rappresentativo.

Più complessa ci appare la problematica della rappresentanza sindacale: nella contrattazione nazionale, infatti, è un atto esterno, adottato dall'ARAN, ad individuare e ad ammettere alla fase contrattuale le organizzazioni sindacali che abbiano, nel Comparto della sanità, una rappresentatività non inferiore al 5%, considerando a tal fine - come già accennato - la media tra il dato associativo e il dato elettorale. Nella contrattazione decentrata a livello di azienda, invece, la delegazione trattante è esattamente preindividuata, in quanto costituita dalla Rappresentanza sindacale unitaria (RSU o RSA) e dai rappresentanti delle OO.SS. di categoria firmatarie del Contratto collettivo nazionale di lavoro. Pertanto, ove si verifichi l'ipotesi in cui le OO.SS. di categoria presenti, anche in modo imponente, all'interno dell'azienda non siano firmatarie del Contratto nazionale - e quindi non possiedano una rappresentatività nel Comparto almeno del 5% - esse sono escluse, di conseguenza, anche dalla contrattazione integrativa decentrata; peraltro, possono partecipare alla contrattazione decentrata solo per il tramite degli eventuali loro rappresentanti eletti nella RSU (o RSA) aziendale.

**3. - Il contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area dirigenziale medico/veterinaria.** - In attuazione dell'Accordo nazionale quadro per l'individuazione dei comparti di contrattazione, in data 28 marzo 2000 è stato sottoscritto il Contratto collettivo nazionale dell'area relativa alla Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N. per il quadriennio 19982001 per la parte normativa e per il biennio

1998/1999 per la parte economica, CCNL pubblicato nel S.O. alla Gazzetta Ufficiale del successivo 22 luglio 2000. In pari data è stato sottoscritto il CCNL per tale personale dirigente riguardante il biennio economico 2000/2001, anch'esso pubblicato nel medesimo numero del S.O. alla Gazzetta ufficiale del 22 luglio 2000.

Il Contratto in questione è articolato in quattro Parti distinte, articolate in Titoli e questi in Capi, a loro volta ripartiti in Articoli; il CCNL è composto in totale di n. 65 articoli, oltre le consuete Dichiarazioni a verbale, le Tabelle e gli Allegati dimostrativi:

- A) **PARTE PRIMA:** suddivisa a sua volta in quattro Titoli, riguardanti, rispettivamente, le "Disposizioni generali", le "Relazioni sindacali", il "Rapporto di lavoro" e gli "Incarichi dirigenziali e valutazione dei Dirigenti". A loro volta, i Titoli sono articolati in distinti Capi, in relazione all'argomento trattato, e i Capi in Articoli; in totale la Parte prima del CCNL comprende 34 articoli;
- B) **PARTE SECONDA:** articolata in due soli Titoli, relativi rispettivamente al "Trattamento economico" e al "Finanziamento degli istituti del trattamento economico"; anche nella seconda Parte del contratto i Titoli sono articolati in Capi e questi in Articoli (dall'art. 35 all'art. 53);
- C) **PARTE TERZA:** coincide con un solo Titolo, a sua volta coincidente con un solo Capo: "La libera professione intramuraria dei dirigenti medici e veterinari con rapporto di lavoro esclusivo" (artt. da 54 a 61);
- D) **PARTE QUARTA:** recante le "Disposizioni finali" al CCNL, senza suddivisioni se non quella in Articoli (da art. 62 a art. 65).

Da un esame generale del Contratto per l'area dirigenziale medico/veterinaria - così come già era successo per i Contratti stipulati negli altri Comparti della P.A. e per gli altri Contratti del comparto del S.S.N. - si deve riconoscere al quadro finale complessivo che è derivato da questa tornata di rinnovi contrattuali una modernità ed una diversità dalla impostazione tenuta nei Contratti collettivi nazionali precedenti; per la prima volta, infatti, sono affrontati nel settore sanitario i nodi del "nuovo modo di lavorare". Il nuovo Contratto - in-

<sup>3</sup> Il Titolo primo (Disposizioni generali) coincide, anche come denominazione con un solo Capo; il Titolo secondo (Relazioni sindacali) è formato da tre Capi: "Metodologie di relazioni", "I soggetti sindacali e titolarità delle prerogative" e "Procedure di raffreddamento dei conflitti". Il Titolo terzo (Rapporto di lavoro) è suddiviso in sei Capi: "Costituzione del rapporto di lavoro", "Struttura del rapporto", "Interruzioni e sospensioni della prestazione", "Mobilità", "Estinzione del rapporto di lavoro" e "Istituti di particolare interesse". Il Titolo quarto (Incarichi dirigenziali e valutazione dei dirigenti) si articola in due soli Capi: "Incarichi dirigenziali" e "Verifica e valutazione dei Dirigenti".

<sup>4</sup> Il Titolo primo (Trattamento economico) comprende cinque Capi: "Struttura della retribuzione", "Trattamento economico dei Dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo", "Trattamento economico dei rapporti ad esaurimento", "Incarichi e trattamento economico dei Dirigenti con rapporto di lavoro non esclusivo" e "Effetti dei benefici economici". Il Titolo secondo (Il finanziamento degli istituti del trattamento economico) coincide con il solo Capo riguardante "I fondi aziendali".

tegrato dalle norme del contratto precedente ancora in vigore in quanto non dichiarate disapplicabili - fornisce alle aziende sanitarie una direttrice di comportamento ben precisa: abbandonare il criterio tradizionale sinora seguito, imperniato esclusivamente sulla "amministrazione del personale" secondo regole formali pubblicistiche (gestione amministrativo/contabile del personale), per abbracciare il criterio della "gestione delle risorse umane", così come avviene con successo nel mondo imprenditoriale privato.

E proprio questo sarà il futuro della sanità pubblica! Infatti, dobbiamo tenere presente che l'articolato dedicato dal CCNL alla valutazione della Dirigenza medica e veterinaria si discosta notevolmente da quanto in proposito era stato stabilito nel contratto precedente (anni 1994/1997), forse anche in relazione all'intervenuto D.L.vo n. 286/1999 che ha rivoluzionato il quadro delle verifiche e della valutazione dei risultati raggiunti e della qualità delle prestazioni erogate alla collettività.

Un'altra delle caratteristiche che contraddistinguono questo Contratto collettivo nazionale di lavoro va ricercata nel potenziamento della contrattazione a livello aziendale; il che costituisce una svolta fondamentale nella politica sindacale da seguire negli anni a venire.

È doveroso, a questo punto, ricordare che i paralleli Contratti collettivi nazionali di lavoro dell'altro personale del Comparto del S.S.N. (personale non dirigente e Dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa) hanno seguito principi analoghi, per cui ci troviamo in presenza di un sistema complessivo abbastanza uniforme; il che consentirà alle Parti, in sede dei necessari rinnovi contrattuali (per il quadriennio 2002/2005), di migliorare gli istituti previsti alla luce della esperienza - sicuramente positiva anche se in fase di assestamento - maturata in sede di attuazione pratica nelle aziende sanitarie.

I tre accordi di lavoro, infatti, negli istituti contrattuali innovativi rispetto alla precedente disciplina, hanno seguito i medesimi principi ispiratori di una moderna politica del lavoro:

- 1) Attribuzione al livello della contrattazione integrativa decentrata di una serie di materie, anche fondamentali per i lavoratori, sinora regolamentate in sede di contrattazione nazionale; il che conferma il fenomeno del percorso seguito dalle Parti, finalizzato ad una sempre più completa periferizzazione della contrattazione collettiva;
- 2) Riconoscimento e conseguente applicazione della necessità di una formazione continua e permanente dei dipendenti - e nell'interesse della funzionalità aziendale e per lo sviluppo delle professionalità dei lavoratori - sia pure con quelle differenziazioni necessarie con riguardo alle loro funzioni istituzionali;
- 3) Misure di flessibilità del rapporto di lavoro;
- 4) Necessità di una valutazione complessiva dei risultati raggiunti dal personale del S.S.N. secondo sistemi di monitoraggio e di controllo che consentano

un obiettivo giudizio sul grado di efficienza e di efficacia dei servizi erogati;

5) Sostanziale cambiamento del ruolo della contrattazione collettiva, non più focalizzato sugli aspetti retributivi dei rinnovi contrattuali ma aperto alle innovazioni nella disciplina normativa del rapporto di lavoro.

Per quanto riguarda le Parti negoziali - a prescindere da quella datoriale, necessariamente rappresentata dall'ARAN - la rappresentanza dei lavoratori è stata identificata dall'Agenzia nelle seguenti Organizzazioni e Confederazioni sindacali, le quali sono anche firmatarie del Contratto: ANAAO/ASSOMED, CI-MO/ASMD, UMSPED (AAROI, AMPAC, SNR), CIVEMP (SIVEMP/SIMET), FED.CI-SUMEDICI COSIME, FESMED (ACOI, ANMCO, AOGOI, SUMI, SEDI, FEMEPA, ANMDO), ANPO, CGIL-MEDICI, FED.UIL FNAM FIALS, (Nuova ASCOTI/CUMI/AM-FUP), COSMED, CISL, CGIL, UIL

**3.1.- Il campo di applicazione.** - Il contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della Dirigenza medico/veterinaria si applica a tutti i Dirigenti medici, veterinari ed odontoiatri dipendenti dalle aziende e dagli enti del S.S.N.; le norme contrattuali si applicano tanto ai Dirigenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, quanto ai dipendenti a rapporto di lavoro a tempo determinato, anche se per questi ultimi il vigente Contratto definisce particolari modalità di applicazione degli istituti normativi, rinviando alla disciplina stabilita nel Contratto precedente, salvo per le parti espressamente modificate.

Nell'ottica di una valorizzazione del Dirigente sindacale in sede aziendale, il Contratto contiene, poi, una serie di disposizioni di garanzia che, come si vedrà in dettaglio, equiparano il servizio svolto extra azienda da tale figura, anche se collocata in distacco sindacale, al dipendente in servizio a tutti gli effetti, salvo che per lo svolgimento del servizio di prova e per la fruizione del congedo ordinario.

**3.2. - La durata del Contratto collettivo nazionale di lavoro.** - Il vigente contratto di lavoro dell'area dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N. ha una validità quadriennale (1° gennaio 1998/31 dicembre 2001) per quanto riguarda la parte normativa ed una validità biennale (1° gennaio 1998/31 dicembre 1999) per quanto riguarda la parte economica. Il secondo biennio economico (1 gennaio 2000/31 dicembre 2001) è stato stipulato con altro Contratto in pari data.

La differenza di validità temporale tra la parte normativa e quella economica del Contratto deve essere ricercata nel fatto che la parte economica necessita di adeguamenti più ravvicinati nel tempo, legati indissolubilmente al continuo aumento del costo della vita.

Gli effetti giuridici del Contratto decorrono dal giorno successivo a quello della sua stipulazione, che coincide con il momento della sottoscrizione contrattuale - e, quindi, per l'area dirigenziale che qui interessa decorrono dal 9 giugno 2000 - salvo diversa prescrizione stabilita dal Contratto stesso. A tale proposito, l'ARAN fornisce comunicazione della stipulazione del contratto alle

aziende ed agli enti destinatari con idonea pubblicazione di carattere generale: pubblicazione del testo contrattuale nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica. Le aziende e gli enti interessati sono tenuti a dare attuazione agli istituti contrattuali a contenuto economico e normativo con carattere vincolato ed automatico nei trenta giorni successivi alla data di comunicazione, senza necessità di un provvedimento formale (deliberazione del Direttore generale) di recepimento del CCNL.

**3.3. - La disdetta ed il rinnovo tacito del Contratto.** - Alla sua naturale scadenza (31 dicembre 1999 per la parte retributiva<sup>5</sup> e 31 dicembre 2001 per la parte normativa), il Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale dirigente del Comparto sanità si rinnova tacitamente di anno in anno, qualora non ne sia stata data disdetta da una delle Parti - ARAN e OO.SS. rappresentative - con lettera raccomandata, almeno tre mesi prima di ogni singola scadenza.

In caso di disdetta, le norme contrattuali restano in vigore sino a quando non siano state sostituite dal successivo Contratto collettivo nazionale di lavoro.

Al fine di evitare periodi di vacanza contrattuale, le piattaforme sono presentate almeno tre mesi prima della scadenza del contratto; durante questi tre mesi e per tutto il mese successivo alla scadenza del contratto, le Parti negoziali non possono assumere iniziative unilaterali né possono procedere ad azioni dirette.

**3.4. - La vacanza contrattuale.** - Per vacanza contrattuale si intende comunemente il periodo di tempo intercorrente tra la scadenza del Contratto in corso (o di alcune sue Parti) - nel caso in cui sia intervenuta disdetta - e la stipulazione di quello successivo. Appare abbastanza evidente come, in assenza della disdetta, non si possa parlare di vacanza contrattuale, in base al principio del rinnovo tacito del Contratto di anno in anno.

Dopo un periodo di vacanza contrattuale pari a tre mesi dalla data di scadenza della parte economica del Contratto o dalla data di presentazione della piattaforma, se successiva, ai Dirigenti deve essere corrisposta la cd. *indennità di vacanza contrattuale*, nei termini e con le scadenze previste dall'Accordo nazionale sul costo del lavoro del 23 luglio 1993 e con le procedure stabilite negli artt. 51 e 52 del D.L.vo n. 29/1993, i quali prevedono un apposito Accordo contrattuale da stipularsi tra ('ARAN e le OO.SS. rappresentative della Dirigenza medico/veterinaria. L'Accordo in questione prevede che, dopo i termini suindicati, sia corrisposto al personale un elemento provvisorio della retribuzione, il cui importo sarà pari al 30% del tasso di inflazione programmato applicato ai minimi retributivi contrattuali vigenti; dopo sei mesi di vacanza contrattuale,

<sup>5</sup> La sottoscrizione del CCNL di pari data per il biennio economico 2000/2001 ha comportato la coincidenza della scadenza contrattuale - sia per la parte normativa sia per la parte economica - al 31 dicembre 2001.

l'importo dell'elemento provvisorio della retribuzione sarà pari, al 50% dell'inflazione programmata. Dalla decorrenza del rinnovo del Contratto collettivo, l'indennità di vacanza contrattuale non sarà più erogata, venendo riassorbita dai miglioramenti retributivi previsti.

In sede di rinnovo biennale per la determinazione della parte economica da corrispondere, ulteriore punto di riferimento del negoziato sarà costituito dalla comparazione tra l'inflazione programmata e quella effettivamente intervenuta nel precedente biennio, così come previsto dall'Accordo del 23 luglio 1993.

**3.5.- Le procedure di raffreddamento dei conflitti.** - Sotto il titolo "Procedure di *raffreddamento dei conflitti*", il CCNL della Dirigenza medico/veterinaria comprende tanto le clausole di raffreddamento vere e proprie - riferite ad entrambi i livelli di contrattazione (nazionale e aziendale decentrata) - quanto l'interpretazione autentica dei contratti ad opera delle due Parti negoziali.

Il Contratto esplicita chiaramente che il sistema delle relazioni sindacali debba essere improntato a principi di responsabilità, di correttezza, di buona fede e di trasparenza dei comportamenti tenuti dalle due Parti negoziali; ma, soprattutto, debba essere orientato alla prevenzione dei conflitti. Ovviamente, questa impostazione dei comportamenti riguarda sia la contrattazione nazionale sia la contrattazione integrativa aziendale; per quanto riguarda quest'ultima tipologia contrattuale richiamiamo in particolare l'art. 11, secondo comma, del Contratto collettivo nazionale di lavoro (v. infra, Cap. VI) che stabilisce come essa debba svolgersi in conformità alle convenienze e ai distinti ruoli delle Parti negoziali, non implicando l'obbligo di addivenire ad un accordo in una serie di materie oggetto di contrattazione decentrata non direttamente implicanti l'erogazione di risorse destinate al trattamento economico; anche se le Parti debbono svolgere ogni sforzo per raggiungere l'accordo su tali argomenti.

**3.6. - L'interpretazione autentica dei contratti collettivi.** - Qualora insorgano controversie aventi carattere di generalità sull'interpretazione dei contratti collettivi, le Parti negoziali che li hanno sottoscritti - con esclusione, quindi, delle Organizzazioni sindacali non firmatarie del Contratto - si incontrano per definire consensualmente il significato della clausola contrattuale controversa; l'interpretazione autentica conseguente - che deve essere contenuta in un apposito Accordo, attivato con le modalità e le procedure di quello oggetto di interpretazione - ha efficacia retroattiva, nel senso che sostituisce la clausola in questione sin dall'inizio della vigenza contrattuale.

Soggetti attivi titolari del potere di richiedere l'attivazione della procedura interpretativa sono entrambe le Parti negoziali, sia in presenza di una controversia di carattere generale già insorta, sia in previsione che essa si verifichi al fine di evitare questa possibilità.

**3.7. - Gli organismi permanenti, nazionali e regionali, di valutazione degli effetti contrattuali. - Per il monitoraggio sull'applicazione dei contratti collettivi nazionali e per la contrattazione integrativa decentrata, è istituito presso l'ARAN un apposito Osservatorio a composizione paritetica; i suoi membri sono designati dall'ARAN, dai Comitati di settore e dalle Organizzazioni sindacali firmatarie dei contratti collettivi nazionali. A tal fine, le singole aziende ed enti del S.S.N. sono tenute ad inviare all'ARAN, entro cinque giorni dalla sottoscrizione, il contratto integrativo decentrato.**

**Inoltre, a livello nazionale, è istituita una Conferenza con rappresentanti dell'ARAN, della Conferenza permanente per i rapporti Stato/Regioni e Province autonome e delle Organizzazioni sindacali firmatarie del Contratto, nel cui ambito - almeno una volta all'anno - sono verificati gli effetti derivanti dall'applicazione contrattuale, con particolare riguardo agli istituti concernenti la produttività, le politiche della formazione e dell'occupazione e l'andamento della mobilità.**

**Un organo corrispondente è istituito a livello regionale - la Conferenza regionale permanente - composta di rappresentanti della Regione, dei Direttori generali delle aziende sanitarie o dell'Organo di governo degli enti del S.S.R. e delle Organizzazioni sindacali firmatarie del Contratto, nell'ambito della quale, almeno una volta all'anno, in relazione alle specifiche competenze regionali in materia di programmazione dei servizi sanitari e dei relativi flussi finanziari, sono verificate la qualità e la quantità dei servizi resi, nonché gli effetti derivanti dall'applicazione del Contratto, con particolare riguardo agli istituti concernenti la produttività, le politiche della formazione, dell'occupazione e l'andamento della mobilità.**

**3.8. - Le cd. "code contrattuali". - Il Contratto collettivo nazionale di lavoro per l'area della Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N. non ha affrontato direttamente alcuni argomenti - anche importanti - di contrattazione, rinviandoli ad una seconda fase contrattuale; infatti, l'art. 63 del contratto, con una apposita norma di rinvio, stabilisce che le Parti si impegnano a negoziare, entro il 30 dicembre 2000, le seguenti materie:**

- A) Le procedure di conciliazione ed arbitrato;**
- B) La mobilità dei Dirigenti connessa ad eccedenze;**
- C) La previdenza complementare.**

**Altre disposizioni contrattuali rinviano ad altre date l'accordo su determinati argomenti:**

- 1) il medesimo art. 63, stabilisce che le Parti - entro il 30 giugno 2001 - procederanno alla piena contrattualizzazione della disciplina del rapporto di lavoro mediante recupero alla disciplina pattizia degli istituti non regolamentati dal precedente CCNL ed alla eventuale revisione delle norme**

contrattuali da attualizzare, tra le quali deve essere compresa la disciplina e la nuova denominazione relativa all'indennità di rischio radiologico; nel frattempo continuano ad avere vigore le norme di legge, regolamentari e contrattuali non espressamente dichiarate disapplicabili dal vigente contratto;

- 2) Part. 64 prevede la possibilità di affrontare il problema dell'accesso al tempo parziale - attualmente inibito ai Dirigenti medici e veterinari - utilizzando tale istituto anche per questi, sia pure esclusivamente in quei casi nei quali risulti comprovata una particolare esigenza familiare o sociale e fermo restando il rapporto di lavoro esclusivo, con sospensione provvisoria della eventuale libera professione intramuraria svolta. Quanto ai tempi, l'art. 64 rinvia ad un apposito accordo - da stipularsi entro due mesi dall'emanazione dell'atto ministeriale di indirizzo e coordinamento dell'attività intramuraria - nel quale saranno stabilite le percentuali di personale dirigenziale che potrà godere del part-time, sarà stabilito il trattamento economico e normativo e sarà determinato l'utilizzo dei risparmi per la parte che le vigenti disposizioni destinano agli incentivi del personale;
- 3) sempre l'art. 64 prevede che nell'atto di indirizzo e coordinamento, citato al precedente punto 2), sia disciplinato anche il recesso per giusta causa nei confronti del Dirigente che, in violazione del rapporto esclusivo, eserciti la libera professione extramuraria;
- 4) Part. 61 prevede che la disciplina contrattuale del libero esercizio professionale intramurario dovrà essere integrata ed armonizzata con le norme che scaturiranno dalle linee guida ministeriali (atto di indirizzo e coordinamento già citato) e dalle connesse direttive regionali.

Ovviamente, i termini del 30 dicembre 2000 e del 30 giugno 2001 devono essere considerati come termini ordinatori e non perentori, in quanto le cd. code contrattuali possono benissimo essere negoziate oltre quelle date, senza che per questo sia decaduto il potere delle Parti negoziali a stipulare, nelle materie in questione, accordi contrattuali.

4. - La Dirigenza dell'ARPA. - Il problema della Dirigenza medico/veterinaria confluita nelle Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA) può anche essere considerato una "coda contrattuale", in quanto il CCNL (art. 62, comma 2) stabilisce che le tabelle di equiparazione dei Dirigenti in questione a quelle della corrispondente Dirigenza del S.S.N. debbano essere definite con apposito Contratto in un secondo momento: entro il 30 giugno 2000, termine ormai scaduto.

Tale contratto dovrà tenere conto nello stabilire le tabelle equiparative dei seguenti criteri: a) i contratti collettivi attualmente applicati; b) la qualifica di provenienza del Dirigente.

5. - La dichiarazione di disapplicazione delle norme vigenti. - Il sistema delle disapplicazioni normative rappresenta la conseguenza della cd. "privatizzazione del rapporto di impiego pubblico" (v. infra, Cap. I, par. 3); il D.L.vo n. 29/1993 (art.2, comma 2), in applicazione del principio che caratterizza oggi la disciplina del rapporto di lavoro - il quale è regolato, sostanzialmente, dalle disposizioni del codice civile, dalla legge sul lavoro subordinato nell'impresa e dai contratti collettivi nazionali di lavoro- ha previsto la possibilità che i singoli Contratti di lavoro, ciascuno per il suo Comparto, dichiarino la disapplicazione delle norme pubblicistiche in vigore, ove esse siano in contrasto, o quantomeno incompatibili, con la nuova disciplina contrattualistica.

La norma dell'art. 2 del citato D.L.vo n. 29/1993, infatti, stabilisce che "eventuali disposizioni di legge, regolamento o statuto, che introducano discipline dei rapporti di lavoro la cui applicabilità sia limitata ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche, o a categorie di essi, possono essere derogate da successivi contratti o accordi collettivi e, per la parte derogata, non sono ulteriormente applicabili, salvo che la legge disponga espressamente in senso contrario." Peraltro, per i principi che regolano la cd. "gerarchia delle fonti" nel nostro ordinamento, un Contratto collettivo nazionale di lavoro non può sopprimere, sostituire o modificare una disposizione di superiore valenza normativa (es. una legge o un regolamento statale), per cui i contratti di lavoro, ciascuno per il settore di competenza, hanno provveduto ad una dichiarazione di disapplicabilità di tutte le norme pubblicistiche in contrasto o incompatibili con la nuova regolamentazione contrattuale.

|| Contratto collettivo nazionale di lavoro per l'area della Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N., all'art. 65, ha così dichiarato la disapplicazione e la sostituzione di una serie di precedenti disposizioni - di varia natura formale - che regolavano il settore del lavoro nelle aziende ed enti del S.S.N.: si citano, a titolo di esempio, alcune disposizioni del precedente Contratto di lavoro 5 dicembre 1996 (art. 1-12, 14, 15, 17,18, 28, 39 - comma 10 -, 51 - commi 4 e 6 -, 50, 52, 53, 59, 67, 68 e 69); alcune disposizioni del [D.P.R. n. 761/1979](#) (artt. 28, comma 2, 44, 45, comma 4 e segg.), e altre disposizioni dei contratti precedenti e ancora in vigore (art. 41 [D.P.R. n. 270/1987](#); artt. 82, 83, 84, 85, 88, 110, comma 6 ultimo periodo, 117 e 121, [D.P.R. n. 384/1990](#)).

## Capitolo VI

# LA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA DECENTRATA

1. - Generalità. - Il Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della dirigenza medica e veterinaria del S.S.N. ha individuato la contrattazione integrativa decentrata a livello di aziendale quale strumento ideale da utilizzare per completare il nuovo sistema delle relazioni sindacali; infatti, tra i modelli delle relazioni sindacali previsti, il Contratto in questione, all'art. 3, colloca la contrattazione collettiva integrativa, anche se limita la sua funzione alle materie e alle modalità indicate in sede di contrattazione collettiva nazionale.

A tale proposito, dobbiamo osservare che un esame approfondito degli argomenti oggetto della contrattazione decentrata dimostra la rilevanza che il CCNL ha assegnato a tale livello contrattuale, atteso che le materie attribuitegli sono di gran lunga più numerose e più importanti, nell'ottica complessiva dell'attività aziendale, rispetto a quelle previste dal Contratto di lavoro precedente (1° settembre 1995). Inoltre, sempre l'art. 3 del Contratto nazionale non si limita ad indicare tra i modelli delle relazioni sindacali la sola contrattazione integrativa decentrata, ma vi include anche gli istituti caratteristici della partecipazione dei lavoratori a livello aziendale, ossia quelli che supportano la contrattazione decentrata: la concertazione, la consultazione e l'informazione, sui quali si ritornerà dettagliatamente in appresso a dimostrazione dell'importanza che essi hanno assunto. Infine, ormai generalmente si ritiene che in sede di contrattazione aziendale possano essere disciplinati anche materie non espressamente previste dal CCNL, purchè abbiano una importanza esclusivamente locale: es. mensa aziendale, ecc..

Quanto ai principi di carattere generale che caratterizzano il sistema contrattuale nazionale essi sono riferibili anche al livello aziendale di contrattazione; di conseguenza, gli istituti della interpretazione autentica delle singole norme del Contratto, ivi comprese le modalità relative e le procedure di raffreddamento dei conflitti - che devono, poi, concretizzarsi sul piano pratico ad opera delle Parti negoziali nell'adozione di comportamenti ispirati alla correttezza, alla trasparenza, alla responsabilità e alla buona fede, nonché di orientamenti finalizzati alla prevenzione dei conflitti - si applicano anche al livello periferico.

2. - La contrattazione integrativa decentrata. - Con riferimento al settore che qui interessa, a supporto degli Accordi nazionale quadro del 2 giugno 1998, di determinazione dei comparti di contrattazione, e del 25 novembre 1998, di definizione delle autonome aree di contrattazione, e dei CCNL delle aree dirigenziali del S.S.N., i contratti integrativi decentrati in sede aziendale costituiscono il terzo livello di contrattazione previsto dal nuovo sistema contrattuale; la contrattazione integrativa decentrata, proprio perché costituisce il completamento del quadro delle relazioni sindacali fornito dal contratto nazionale, presuppone l'esistenza e la piena applicabilità di quest'ultimo.

Questa natura integrativa rivestita dalla contrattazione decentrata a livello

di singola azienda sanitaria comporta alcuni limiti - di natura formale, sostanziale e procedurale - non valicabili dalle Parti negoziali e direttamente pretesi dal Contratto collettivo nazionale della Dirigenza medico/veterinaria; tra questi, quello che assume un ruolo fondamentale è il limite della competenza che si concretizza nelle materie che possono formare oggetto della contrattazione decentrata.

Questo limite della competenza costituisce al tempo stesso un limite esclusivo, in senso che l'elencazione degli argomenti attribuiti alla contrattazione decentrata è esaustiva; per cui non possono formare argomento da contrattare in sede aziendale le materie non espressamente indicate nel Contratto collettivo nazionale; anche se oggi costituisce opinione comune il fatto che argomenti che esulano dalla elencazione contrattuale nazionale - se di livello strettamente locale - possono essere contrattati in sede aziendale.

In ordine alla conformità delle materie oggetto di contrattazione aziendale a quanto stabilito a livello nazionale, l'ultimo comma dell'art. 4 del CCNL dichiara la nullità delle eventuali clausole contrattuali difformi e la loro conseguente inapplicabilità. La norma deve essere inquadrata in quella impostazione ormai generalizzata, nel senso che è divenuta una "clausola d'uso" presente in tutti i contratti nazionali del pubblico impiego e in particolar modo in quelli del personale del S.S.N.: tant'è che l'art. 41, comma 10, del CCNL del personale non dirigente del comparto sanità inibisce alle aziende ed agli enti del Comparto sanità di inserire, in sede di contrattazione integrativa decentrata, clausole peggiorative rispetto a quelle contenute nel Contratto nazionale, oltre a quelle contrarie a norme di legge.

**2.1.- Gli enti destinatari.** - Le amministrazioni pubbliche destinatarie dei Contratti integrativi decentrati sono le medesime previste dal Contratto a livello nazionale: quindi, molto genericamente, tutte le aziende e tutti gli enti del Servizio sanitario nazionale.

In dettaglio, sono destinatari di tale tipologia di contrattazione:

- 1) le Aziende sanitarie locali (AA.SS.LL.);
- 2) le Aziende ospedaliere;
- 3) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), con natura giuridica pubblica;
- 4) gli Istituti zooprofilattici sperimentali;
- 5) le Residenze sanitarie assistenziali (RSA);
- 6) le Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) che svolgono prevalente attività sanitaria, individuate dalla Regione territorialmente competente;
- 7) le Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA).

**2.2. - Le delegazioni trattanti.** - In sede decentrata, la delegazione trat-

tante è costituita -così come stabilisce l'art. 10 del CCNL per l'area dirigenziale medico/veterinaria - nella seguente composizione:

*A) per la Parte pubblica:* a) il legale rappresentante dell'Azienda sanitaria (il Direttore generale) o dell'Ente sanitario (il titolare del potere di rappresentanza) o da un Dirigente da lui delegato; b) i rappresentanti dei titolari degli Uffici appositamente individuati dall'Azienda sanitaria; l'espressione è molto generica per cui non è chiaro se essi debbano essere individuati di volta in volta dall'amministrazione a seconda dell'argomento trattato ovvero se debbano essere individuati preventivamente e per tutta la durata della contrattazione. A nostro avviso, entrambe le soluzioni si presentano come possibili;

*B) per le Organizzazioni sindacali:* a) le Rappresentanze sindacali aziendali (RSA), costituite espressamente ai sensi dell'art. 19 dello statuto dei lavoratori (legge 20 maggio 1970, n. 300); b) i componenti delle OO.SS. di categoria territoriali firmatarie del CCNL.

Le aziende e gli enti del S.S.N. hanno la facoltà di avvalersi, per la contrattazione integrativa decentrata, dell'assistenza dell'ARAN.

Qualche problema può porsi nell'individuazione del o dei Dirigenti aziendali responsabili della contrattazione integrativa decentrata, non tanto a livello di delegazione trattante in quanto è compito del Direttore generale dell'Azienda o del titolare dell'Ente sanitario procedere alla individuazione e alla conseguente nomina dei Dirigenti in questione, ma per quanto concerne la pratica applicazione contrattuale. In proposito, sarebbe opportuno che l'amministrazione individuasse all'atto della contrattazione il Dirigente aziendale responsabile della attuazione del contratto integrativo decentrato, ovvero - cosa che si dimostrerebbe senz'altro più operativa - i Dirigenti dell'azienda responsabili dell'attuazione delle singole parti contrattuali, soprattutto in relazione alla disposizione del CCNL che prevede l'introduzione nel contratto integrativo aziendale di apposite clausole circa tempi, modalità e procedure di verifica della loro pratica attuazione.

In ogni caso, il Dirigente eletto o designato quale componente nelle Rappresentanze di parte sindacale non può far parte della delegazione trattante di Parte pubblica.

**2.3. - Le Rappresentanze sindacali unitarie (RSU) e le Rappresentanze sindacali aziendali (RSA).** - Il problema delle Rappresentanze sindacali a livello aziendale può costituire un fenomeno particolare, in quanto allo stato i rapporti locali tra l'amministrazione e il Sindacato sono tenuti dalle Rappresentanze sindacali unitarie (RSU), organismo comune presente in tutte le pubbliche amministrazioni che occupino più di quindici dipendenti - e tutte le aziende ed enti del S.S.N. superano tale entità di personale dipendente - dall'art. 47 del D.L.vo n. 29/1993; la norma assegna la possibilità di costituire le Rappresentanze in questione alle organizzazioni sindacali ammesse alle tratta-

tive della contrattazione collettiva (ossia quelle con rappresentatività nel comparto almeno del 5%), rinviando ad un apposito Accordo nazionale quadro le modalità di costituzione, di elezione e di funzionamento di esse.

Allo stato, le RSU sono state disciplinate dall'Accordo collettivo quadro, per la costituzione delle RSU per il personale dei comparti delle pubbliche amministrazioni e per la definizione del relativo regolamento elettorale, del 7 agosto 1998.

Il citato accordo del 7 agosto 1998 stabilisce una serie di principi generali che, ovviamente, si applicano anche alle aziende ed enti del Comparto sanitario:

- A) alla costituzione delle RSU si procede mediante elezione a suffragio universale e a voto segreto con il sistema proporzionale tra liste concorrenti, nella cui compilazione si deve procedere al perseguimento di una adeguata rappresentanza di genere e ad una puntuale applicazione delle norme antidiscriminatorie;
- B) la composizione delle RSU non può essere inferiore a: a) tre componenti nelle aziende o enti che occupano sino a 200 dipendenti; b) tre componenti ogni 300 o frazione di 300 dipendenti nelle aziende ed enti che occupano un numero di dipendenti tra i 200 e i 3000, in aggiunta al numero di cui alla lett. a), calcolati sul numero di dipendenti eccedenti i 200; c) tre componenti ogni 500 o frazione di 500 dipendenti nelle aziende o enti di maggiori dimensioni, in aggiunta al numero di cui alla precedente lett. b), calcolati sul numero di dipendenti eccedente i 3000.
- C) in favore delle RSU sono garantiti complessivamente i seguenti diritti: a) diritto ai permessi retribuiti e a quelli non retribuiti; b) diritto ad indire l'assemblea dei lavoratori; c) diritto ai locali e diritto all'affissione di pubblicazioni, testi e comunicati;
- D) i componenti delle RSU restano in carica tre anni e non sono prorogabili; in caso di sostituzione di un componente, esso sarà sostituito dal primo dei non eletti appartenente alla medesima lista;
- E) ove le sostituzioni per dimissioni superino il 50% degli eletti, la RSU decade e si procede al suo rinnovo;
- F) le decisioni relative all'attività delle RSU sono adottate a maggioranza dei componenti;
- G) le elezioni delle RSU sono valide se vi abbia partecipato almeno la metà dei lavoratori aventi diritto al voto;
- H) hanno diritto a votare tutti i dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato in forza all'amministrazione alla data delle elezioni, ivi compresi quelli provenienti da altre amministrazioni che vi prestano servizio in posizione di comando o fuori ruolo;
- I) sono eleggibili tutti i dipendenti che, candidati nelle liste, siano dipendenti con contratto di lavoro a tempo indeterminato, sia a tempo pieno sia part-time;
- J) quanto alle preferenze, ogni elettore ne può manifestare una sola per un

candidato della lista votata; le preferenze raddoppiarsi nelle aziende o enti con un numero di dipendenti superiore a 200.

Il CCNL dell'area dirigenziale medico/veterinaria (artt. 9 e 10), come pure il CCNL delle altre aree dirigenziali del S.S.N. (artt. 9 e 10), non parla di RSU ma di Rappresentanze sindacali aziendali costituite espressamente a termini dell'art. 19 della legge n. 300/1970, in quanto ammesse alle trattative per la sottoscrizione dei relativi contratti collettivi nazionali; il che sta a significare che per il personale delle aree dirigenziali dovrà funzionare uno specifico organismo - la RSA - che dovrà essere costituito in ogni azienda o ente del S.S.N. su base elettorale, così come prevede lo Statuto dei lavoratori. Di conseguenza, ogni azienda sarà dotata di una RSU e di una RSA, organismi che tratteranno, al limite, anche i medesimi argomenti ma sotto ottiche differenziate, in relazione al personale rappresentato.

Il citato art. 19 della legge n. 300/1970 prevede che in ogni unità produttiva - nel caso che qui interessa l'azienda sanitaria - possano essere costituite apposite Rappresentanze sindacali aziendali nell'ambito:

- A) delle associazioni sindacali aderenti alle Confederazioni maggiormente rappresentative sul piano nazionale;
- B) delle associazioni sindacali, non affiliate alle predette confederazioni, che siano firmatarie di contratti collettivi nazionali (o provinciali) di lavoro applicati nell'unità produttiva.

2.4. - La durata dei contratti integrativi decentrati. - I contratti integrativi decentrati dell'area della Dirigenza medico/veterinaria - al pari degli altri contratti decentrati del settore sanitario - hanno durata quadriennale dalla data della sottoscrizione e devono riferirsi a tutti gli istituti contrattuali rimessi dal CCNL al livello di contrattazione aziendale, da trattarsi in unica sessione negoziale. Il principio dell'unicità della sessione negoziale non può essere, ovviamente, applicato agli argomenti previsti dal Contratto nazionale che, per loro natura, richiedono tempi di negoziazione diversi, in quanto legati a fattori diluiti nel tempo. In ogni caso, i contratti integrativi decentrati conservano la loro efficacia fino alla stipulazione dei successivi contratti integrativi.

Alcune materie oggetto di contrattazione integrativa decentrata prevedono l'utilizzazione annuale di risorse apposite; a tale proposito l'individuazione delle risorse in questione è determinata annualmente in sede di contrattazione aziendale.

2.5. - Le procedure della contrattazione integrativa decentrata. - L'azienda o l'ente del S.S.N. provvede alla costituzione della delegazione trattante per la parte di sua competenza entro trenta giorni dal giorno successivo a quello della data di stipulazione del C.C.N.L., ossia entro il 9 giugno 2000; tale termine, peraltro, è solo ordinatorio, nel senso che costituisce solo un modo per attivare l'azienda o l'ente interessato a dare corso alla contrattazione.

Entro quindici giorni dalla presentazione delle piattaforme, l'amministrazione aziendale deve convocare la delegazione trattante sindacale per l'avvio del negoziato.

In sede negoziale, le Parti devono individuare le risorse finanziarie necessarie a fronteggiare le spese conseguenti alla contrattazione integrativa decentrata; tale individuazione ha una cadenza temporale annuale.

Una volta che la delegazione trattante abbia raggiunto l'accordo su una ipotesi di contratto integrativo decentrato, tale ipotesi viene trasmessa - di regola da parte dell'amministrazione - entro cinque giorni dal raggiungimento dell'intesa, al Collegio sindacale per il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione integrativa decentrata; l'ipotesi contrattuale in questione deve essere corredata da una apposita relazione illustrativa di carattere tecnico/finanziario.

Il Collegio sindacale, in proposito, ha tre possibilità in quanto può esprimersi, sull'ipotesi contrattuale, in senso positivo, in senso negativo o non esprimersi affatto; in quest'ultimo caso, trascorsi quindici giorni dalla trasmissione da parte dell'amministrazione dell'ipotesi contrattuale senza che il Collegio abbia sollevato rilievi, il parere deve intendersi positivo. Quindi, sia che il Collegio sindacale si sia espresso in senso positivo sia che non si sia espresso affatto, il contratto integrativo decentrato viene sottoscritto dalle Parti negoziali. Invece, nel caso in cui l'ipotesi di contratto sia soggetta a rilievi - ovviamente di ordine finanziario, atteso che il controllo sindacale investe la sola compatibilità dei costi contrattuali con i vincoli di bilancio - la delegazione trattante deve rivedere il suo operato per adeguarlo alle indicazioni di quell'organo collegiale, riprendendo la trattativa entro cinque giorni; infatti, le amministrazioni non possono applicare contratti integrativi decentrati che comportino oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale. In caso contrario, le clausole difformi sarebbero nulle di diritto.

La legge finanziaria per il 2000 (legge 23 dicembre 1999, n. 488) ha introdotto importanti innovazioni alla procedura stabilita nel D.L.vo n. 29/1993 in ordine alla contrattazione integrativa aziendale, stabilendo che ogni contratto integrativo, prima della stipula formale da parte della Delegazione trattante di Parte pubblica, debba essere trasmesso - corredata da una apposita relazione tecnico/finanziaria riguardante gli oneri derivanti dall'applicazione contrattuale - alla Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento della funzione pubblica) e al Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, i quali entro 30 giorni dalla data di ricevimento ne accertano congiuntamente la compatibilità economico/finanziaria; anche in questo caso esistono tre possibilità: l'avviso favorevole dei due organismi ministeriali, il decorso dei trenta giorni senza un atto positivo o negativo dei due organi statali ovvero, infine, il riscontro negativo espresso da essi, riscontro che, necessariamente, deve essere motivato. Nelle due prime ipotesi, la delegazione di Parte pubblica - che ai fini della stipula contrattuale è rappresentata dal Direttore generale nelle

aziende sanitarie o dal titolare del potere di rappresentanza negli altri enti o istituti del servizio' - può procedere alla stipula del contratto integrativo aziendale; in caso di riscontro negativo, dovranno, invece, essere riprese le trattative ad opera delle Parti negoziali.

Il nuovo sistema, in buona sostanza, prevede due livelli di controllo sull'operato delle Delegazioni trattanti in sede di contrattazione decentrata integrativa; il primo livello di controllo, del tutto interno all'azienda, avviene ad opera di un organo dell'azienda sanitaria medesima, il Collegio sindacale. Il secondo livello, esterno all'azienda, avviene ad opera di organismi statali competenti istituzionalmente al controllo della spesa in materia di personale del S.S.N.

Una volta che il contratto integrativo decentrato sia stato stipulato dalle Parti negoziali, l'amministrazione aziendale ha il dovere di trasmetterlo - entro cinque giorni dalla sottoscrizione e unitamente alle modalità di copertura dei relativi oneri con riferimento agli strumenti annuali e/o pluriennali di bilancio - all'ARAN, organismo presso il quale è costituito l'apposito Osservatorio per il monitoraggio della contrattazione nazionale e integrativa decentrata.

Infine, dobbiamo richiamare l'attenzione sul fatto che - a norma del CCNL - i contratti integrativi devono contenere precise clausole circa i tempi, le modalità e le procedure applicative, onde consentire un continuo controllo da parte del Sindacato sul rispetto delle norme contrattuali da parte dell'amministrazione aziendale.

Il contratto collettivo nazionale dell'area dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N. - in armonia a quanto previsto dagli altri CCNL del settore - assegna trenta giorni alle Parti negoziali, dall'apertura delle trattative, per raggiungere un accordo sugli argomenti che non implicano direttamente l'erogazione di risorse destinate al trattamento economico, salvo che, d'intesa tra le Parti medesime, il termine non sia prorogato di ulteriori trenta giorni. Ove l'accordo non sia raggiunto, le Parti negoziali si riappropriano delle rispettive prerogative e della libertà di iniziativa e di decisione, le quali, per precisa disposizione contrattuale, erano state sospese (art. 11, comma 2, CCNL).

Anche nel corso delle trattative tra amministrazione aziendale e rappresentanza sindacale per addivenire al contratto integrativo decentrato, le Parti negoziali si devono comportare con responsabilità, correttezza, buona fede e trasparenza, sempre con l'obiettivo di evitare, fin dove sia possibile, la prevenzione dei conflitti.

2.6. - La piattaforma contrattuale. - Con l'espressione "piattaforma contrattuale" si intende una ipotesi di contratto integrativo decentrato predisposta da una delle due Parti negoziali e presentata all'altra quale strumento di la-

<sup>1</sup> Il Direttore generale aziendale o il titolare del potere di rappresentanza possono delegare formalmente un Dirigente a stipulare il contratto integrativo decentrato.

avoro sul quale aprire le trattative. Ovviamente, le piattaforme contrattuali predisposte dalle singole Parti non devono essere necessariamente recepite nel testo originario - né la Parte negoziale che l'ha elaborata può pretendere che la controparte la subisca - ma, proprio perché su di loro si deve innescare un logico dibattito, l'ipotesi contrattuale che al termine delle trattative ne scaturirà, rappresenterà l'ideale punto di incontro delle due volontà.

A titolo di suggerimento e solo come ipotesi di lavoro, proponiamo che le rappresentanze sindacali predispongano e presentino all'Amministrazione una loro piattaforma contrattuale decentrata - che possa essere, al limite, confrontata con quella che sarà proposta dall'amministrazione - prima che si aprano formalmente le trattative contrattuali. Questa ipotesi di lavoro - sempreché rappresenti una ipotesi seria e praticabile - avrebbe il pregio di anticipare l'amministrazione aziendale, indirizzandola verso gli obiettivi perseguiti dalla rappresentanza sindacale.

2.7. - La verifica dell'attuazione. - Un aspetto molto delicato della contrattazione integrativa decentrata è rappresentato dalla verifica dello stato di avanzamento dell'applicazione del contratto integrativo, una volta che esso sia esecutivo, ossia che sia stato sottoscritto dalle Parti dopo il necessario controllo, da parte del Collegio sindacale, della sua compatibilità in termini di costi con i vincoli di bilancio.

Il CCNL, infatti, prevede espressamente che nel testo del contratto integrativo siano inserite apposite clausole inerenti ai tempi -tempi che, peraltro, in sede di trattativa devono essere calcolati in modo pratico e realistico - alle modalità e alle procedure di verifica della loro attuazione. Ovviamente tale forma di controllo fa carico soltanto alle organizzazioni sindacali, le quali devono accertare che le amministrazioni rispettino non solo la forma e il significato del contratto, ma anche gli stadi di applicazione di esso; trattandosi, poi, di Parti collocate sullo stesso piano contrattuale, il sindacato potrà mettere in mora l'azienda sanitaria per il mancato rispetto dei tempi attuativi o per il non aver dato corso a un qualche istituto contrattuale.

2.8. - La trasmissione all'ARAN. - Le amministrazioni sono tenute a trasmettere all'ARAN, entro cinque giorni dalla sottoscrizione, il testo contrattuale, nonché l'indicazione delle modalità di copertura dei relativi oneri con riferimento agli strumenti annuali e pluriennali di bilancio, ove questa non fosse già compresa nel contratto integrativo.

Il fine formale di questa trasmissione dovrebbe essere ricercato nella necessità da parte dell'ARAN di disporre di tutti i contratti integrativi decentrati di tutta la P.A., al fine di attivare i meccanismi di monitoraggio previsti dall'art. 50, comma 4, del D.L.vo n. 29/1993, disposizione che prevede l'istituzione - per l'appunto presso l'ARAN - di un apposito Osservatorio a composizione paritetica

(ARAN, Comitati di settore e Organizzazioni sindacali), con la funzione primaria di monitorare la contrattazione collettiva a qualsiasi livello essa intervenga.

In sostanza, si tratta di un'altra forma di verifica effettuata sulla compatibilità dei costi della contrattazione integrativa con i vincoli di bilancio, sia pure successiva al momento dell'instaurazione del rapporto contrattuale collettivo.

Dobbiamo, peraltro, prendere atto che la norma citata non introduce alcuna sanzione a carico dell'amministrazione inadempiente in ordine all'eventuale mancata o ritardata trasmissione del contratto integrativo, come pure per la insufficiente - o addirittura mancante - copertura finanziaria; al limite, si potranno innescare eventuali procedure per giudizi di responsabilità contabile nei confronti degli organi di vertice aziendali o dei componenti del Collegio sindacale inadempienti.

3 - L'utilizzo delle risorse. - Il Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N. prevede che alla copertura di parte degli oneri collegati ad alcune materie rientranti nella contrattazione integrativa aziendale si provveda con risorse economiche già a disposizione della azienda o dell'ente sanitario interessato o con risorse che le Regioni metteranno a disposizione delle amministrazioni predette.

Per quanto riguarda, in particolare, il finanziamento dell'indennità di specificità medica e della retribuzione di posizione dei dirigenti medici e veterinari, dello specifico trattamento economico mantenuto a titolo personale e dell'indennità di direzione di struttura complessa, le aziende e gli enti del S.S.N. provvedono con oneri completamente a loro carico: il Fondo previsto dall'art. 60 del precedente CCNL, il cui ammontare è consolidato al 31 dicembre 1997, integrato con altre specifiche risorse (v. infra. Cap. XV°). Invece, i trattamenti economici accessori gravano sul Fondo previsto dal precedente CCNL, già individuato e consolidato al 31 dicembre 1997.

Restano fermi i principi che regolano la retribuzione di risultato ed i premi per la qualità delle prestazioni individuali, nonché i Fondi relativi, come stabiliti dal precedente CCNL, le cui risorse, ovviamente, sono consolidate al 31 dicembre 1997 ed integrate con altre specifiche risorse e con interventi finanziari regionali (v. infra, Cap. XV').

Nel caso in cui l'azienda sanitaria, in attuazione delle disposizioni vigenti, provveda a rideterminare con atto formale - deliberazione del Direttore generale - la dotazione organica dei posti di funzione dirigenziale in numero superiore a quello preso a base per il calcolo dei vari Fondi aziendali, devono integrare le risorse in modo congruo, con oneri a carico del proprio bilancio.

4. - La verifica della compatibilità dei costi della contrattazione integrativa decentrata. - L'organo aziendale competente ad esprimersi sulla compatibilità dei costi della contrattazione integrativa ai vincoli del bilancio è

il Collegio sindacale, la cui composizione e le cui funzioni sono state recentemente ridisegnate dal D.L.vo n. 229/1999; tale organo dura in carica tre anni ed è composto di cinque membri, dei quali due designati dalla Regione, uno dal Ministro del tesoro, uno dal Ministro della sanità ed uno dall'ANCI. I componenti devono essere scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro.

In precedenza abbiamo già descritto la procedura relativa al controllo economico/finanziario da parte di tale organo sulla contrattazione integrativa decentrata (v. infra, par. 2.5.) per cui si fa rinvio a quella sede. Riteniamo opportuno, peraltro, confermare come la competenza del Collegio sindacale in tale funzione sia limitata alla verifica di tale compatibilità, ossia all'accertamento se nel bilancio dell'azienda sanitaria esistano i fondi necessari a sostenere gli oneri complessivi derivanti dalla contrattazione integrativa decentrata; ma tale organo collegiale, di conseguenza, non può esprimere pareri su altri aspetti contrattuali, o quantomeno l'avviso di quell'organo può essere disatteso dall'amministrazione; invece, il parere derivante dall'accertamento della compatibilità dei costi eseguita dal Collegio sindacale è assolutamente vincolante per l'amministrazione e, ove negativo, non consente la sottoscrizione dell'ipotesi contrattuale raggiunta dalla delegazione trattante. Ovviamente, il parere negativo del Collegio, oltre ad essere espresso per iscritto, deve essere idoneamente e debitamente motivato.

### **S. - Le materie oggetto della contrattazione integrativa decentrata.**

- Il Contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medico/veterinaria del S.S.N. individua, nell'art. 4 e in altri articoli, le materie oggetto della contrattazione integrativa decentrata; l'elencazione contenuta nei citati articoli contrattuali è esaustiva e nessun altro argomento può essere introdotto dalle Delegazioni trattanti in tale livello di contrattazione, se non di livello squisitamente locale.

In questa sede è opportuno precisare che alcune materie, riservate alla contrattazione integrativa decentrata, oltre ad essere disciplinate nei singoli contratti, dovranno essere anche introdotte nei regolamenti delle aziende e degli enti del S.S.N., in ragione della loro natura prettamente regolamentare: es. l'atto aziendale con il quale viene regolamentata la disciplina e l'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria e l'attribuzione dei relativi proventi ai Dirigenti.

Il CCNL suddivide le materie oggetto di contrattazione integrativa decentrata in due gruppi:

- A) materie con *obbligo* di accordo tra le Parti negoziali, consistenti in quelle materie che implicano direttamente l'erogazione di risorse destinate al trattamento economico e che sono determinate nell'art. 4, comma 2, punto B) (cfr. par. 5.1.);

B) *materie senza obbligo di accordo tra le Parti negoziali*, che corrispondono a tutte le altre materie oggetto di contrattazione integrativa decentrata, elencate nel citato art. 4 ed in altri articoli del CCNL e per le quali, complessivamente o singolarmente, ove non si addivenga ad una intesa entro 30 giorni - elevabili a 60 giorni di comune accordo tra le Parti negoziali - ognuna di queste riassume le rispettive prerogative e libertà di iniziativa e di decisione, adottando le azioni che ritiene opportune.

Ci sembra evidente che il dissenso espresso dalle OO.SS. sulle materie in questione, ove non sia stato raggiunto un accordo tra le Parti, debba evincersi chiaramente dai verbali delle riunioni sulla contrattazione integrativa decentrata; riteniamo, anche, che il dissenso sindacale debba risultare dagli atti formali dell'amministrazione aziendale, ove quest'ultima adotti misure o provvedimenti nelle materie di contrattazione decentrata che hanno formato oggetto di contestazione.

5.1. - Le materie dell'art. 4 del CCNL dell'area dirigenziale medicoveterinaria. - L'art. 4 del CCNL elenca una serie di argomenti oggetto della contrattazione integrativa decentrata; una parte di questi implica direttamente la erogazione di risorse destinate al trattamento economico, mentre un'altra parte di essi non assume valenza economica se non in modo indiretto, quale conseguenza di una disciplina generale della materia trattata.

Le materie regolamentate in sede di contrattazione decentrata sono:

- 1) individuazione delle posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati dallo sciopero, ai sensi della legge 12 giugno 1990, n. 146, nel testo recentemente modificato dalla legge 11 aprile 2000, n. 83, secondo quanto previsto dall'Accordo sulle norme di garanzia dei servizi pubblici essenziali relativi all'area dirigenziale (v. infra, Cap. IV°, par. 2);
- 2) criteri generali per:
  - A) la definizione della percentuale di risorse di cui al Fondo previsto dall'art. 52 del vigente CCNL da destinare alla realizzazione degli obiettivi generali aziendali affidati alle articolazioni interne individuate dal D.L.vo n. 502/1992 (v. infra, Cap. I°, par. 4.), dalle leggi regionali di organizzazione e dagli atti aziendali, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato ai Dirigenti. Detta retribuzione deve essere strettamente correlata alla realizzazione degli obiettivi affidati ed avviene, quindi, a consuntivo dei risultati totali o parziali conseguiti ovvero per stati di avanzamento, in ogni caso dopo la necessaria verifica almeno trimestrale, secondo le modalità previste dal CCNL precedente (5 dicembre 1996);
  - B) l'attuazione dell'art. 43 della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (legge finanziaria per il 1998), in materia di sponsorizzazioni ed accordi di collaborazione, convenzioni con soggetti pubblici e privati, contributi dell'utenza per i servizi pubblici non essenziali e misure di incentivazione della produttività;

- C) la distribuzione tra i fondi delle risorse aggiuntive assegnate ai sensi degli artt. 50 e 52 del vigente CCNL;
- D) le modalità di attribuzione ai Dirigenti, ai quali è conferito uno degli incarichi previsti dall'art. 27, comma 1, lett. b), c) e ci), del vigente CCNL della retribuzione collegata ai risultati e agli obiettivi e programmi assegnati secondo gli incarichi conferiti. Gli incarichi in questione sono quelli: 1) di direzione di struttura semplice; 2) di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo; 3) di natura professionale conferibili ai Dirigenti con meno di cinque anni di anzianità (v. infra, Cap. WP);
- E) lo spostamento di risorse tra i Fondi di cui agli artt. 50, 51 e 52 del vigente CCNL ed al loro interno, in apposita sessione di bilancio, la finalizzazione tra i vari istituti nonché la rideterminazione degli stessi in conseguenza della riduzione di organico derivante da stabili processi di riorganizzazione previsti dalla programmazione sanitaria regionale;
- 3) linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali dell'attività di formazione manageriale e aggiornamento dei Dirigenti, anche in relazione all'applicazione dell'art. 16 bis e seguenti del D.L.vo n. 502/1993 sull'argomento;
- 4) pari opportunità, con le procedure indicate dall'art. 8 del vigente CCNL anche per le finalità della legge 10 aprile 1991, n. 125 (v. infra, par. 7.);
- 5) criteri generali sui tempi e sulle modalità di applicazione delle norme relative alla tutela in materia di igiene, ambiente, sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro, con riferimento al D.L.vo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni ed integrazioni, e nei limiti stabiliti dall'Accordo quadro relativo all'attuazione dello stesso decreto nelle P.A. (autorizzato con D.P.C.M. 5 giugno 1996);
- 6) implicazioni derivanti dagli effetti delle innovazioni organizzative, tecnologiche e dei processi di esterna] izzazione, disattivazione o riqualificazione e riconversione dei servizi sulla qualità del lavoro, sulla professionalità e mobilità dei Dirigenti;
- 7) criteri generali per la definizione dell'atto di cui all'art. 54, comma 1, del vigente CCNL, per la disciplina e l'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria, nonché per l'attribuzione dei relativi proventi ai Dirigenti interessati (v. infra, Cap. X°).

Come espressamente stabilisce il CCNL della Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N., nelle materie di cui ai nn. 3), 4), 5), 6), e 7), che non implicano direttamente l'erogazione di risorse destinate al trattamento economico, le Parti negoziali possono anche non trovare una intesa su tutti o parte degli argomenti trattati; in tale ipotesi, trascorsi trenta giorni (elevatili di comune accordo a sessanta) dall'inizio delle trattative senza che sia stato raggiunto l'accordo, le Parti riacquistano la loro libertà di azione.

5.2. - Le altre materie oggetto di contrattazione integrativa decentrata. - Altre disposizioni contrattuali affrontano, direttamente o indirettamente, specifici argomenti rimessi all'ambito della contrattazione integrativa decentrata, anche se per lo più riguardano l'applicazione pratica delle materie indicate nell'art. 4 CCNL per la Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N..

Citiamo per tutti, l'art. 57 CCNL che attribuisce alla contrattazione decentrata l'individuazione della quota - non inferiore al 5% della massa di tutti i proventi dell'attività libero/professionale - da accantonare quale Fondo aziendale da destinare alla perequazione per le discipline mediche e veterinarie, sempre individuate nel contratto decentrato, che abbiano una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria.

6. - La realizzazione dei principi della partecipazione. - Il CCNL per la Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N., al pari degli altri Contratti del comparto sanitario, nel delineare il sistema delle relazioni sindacali - che deve essere finalizzato all'obiettivo primario di temperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale del personale dirigenziale con l'esigenza delle aziende sanitarie di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività servita - disciplina alcuni specifici istituti contrattuali i quali, nel loro insieme, realizzano il principio della partecipazione dei lavoratori all'attività aziendale che traspare in ogni singola parte del complesso contrattuale.

Così, gli istituti dell'informazione, della concertazione e della consultazione - accanto ad alcune forme paritetiche di partecipazione, finalizzate essenzialmente all'approfondimento di determinate problematiche, sia a carattere generale sia a carattere specifico - unitamente e a supporto della contrattazione integrativa decentrata, costituiscono, all'interno dell'azienda sanitaria, il quadro generale di riferimento dei rapporti tra amministrazione e soggetti sindacali.

6.1. - Generalità. - Gli istituti della partecipazione che, nell'ottica dei rapporti Amministrazione aziendale/OOSS e fatta eccezione per la contrattazione integrativa decentrata, rivestono la maggiore importanza sono: l'informazione, la concertazione e la consultazione; e se l'informazione costituisce un obbligo unilaterale, in quanto il soggetto attivo di essa è rappresentato dalla sola amministrazione aziendale, le altre due tipologie di istituti vedono su un piano di parità i due soggetti contrattuali, nel senso che, come si esaminerà in seguito, esistono diritti e doveri per entrambe le Parti.

Accanto ai tre descritti istituti contrattuali principali sono previste dal CCNL altre forme partecipative, non negoziali, delle rappresentanze sindacali alla attività delle aziende sanitarie; ci si riferisce qui alle Commissioni paritetiche e agli osservatori per l'approfondimento di determinate tematiche interne, soprat-

tutto di quelle relative all'organizzazione del lavoro in relazione ai processi di riorganizzazione aziendale, di riconversione o disattivazione delle strutture sanitarie, di esternalizzazione di servizi, nonché di quelle relative all'ambiente, all'igiene e sicurezza del lavoro e di quelle concernenti le attività formative extra e intra aziendale. Il compito di questi organismi bilaterali è di monitoraggio di un qualche fenomeno (es. raccolta ed elaborazione sistematica di dati) e di iniziativa e proposta all'amministrazione.

6.2. - L'informazione. - L'informazione si concretizza in un obbligo, per l'amministrazione aziendale, di portare a conoscenza i Dirigenti - per il tramite della loro rappresentanza interna, la RSA - delle scelte gestionali/decisionali e dell'attività generale dell'ente che riguardino il rapporto di lavoro, l'organizzazione degli uffici e dei servizi e la gestione complessiva del personale. A tal fine, il CCNL ritiene indispensabile che le Parti - amministrazione, RSA aziendale e OO.SS. di categoria firmatarie del contratto - si incontrino almeno una volta all'anno. Tale cadenza annuale rappresenta il minimo che il Contratto prevede perché siano rispettati i principi del rapporto che deve intercorrere in modo ottimale tra l'amministrazione aziendale e le rappresentanze sindacali.

L'azienda sanitaria, al fine di rendere trasparente e costruttivo il confronto con le rappresentanze della Dirigenza, deve, inoltre, informare periodicamente e tempestivamente i soggetti sindacali sugli atti di valenza generale, anche di carattere finanziario, che riguardino il rapporto di lavoro, l'organizzazione dei servizi ed uffici e la gestione complessiva delle risorse umane; ovviamente l'informazione obbligatoria deve verteere sugli atti gestionali che riguardino o, meglio, che dispieghino effetti su più dipendenti ovvero su una o più categorie di dipendenti, con esclusione degli atti relativi al singolo Dirigente i quali, se lesivi di un diritto di questi, possono essere oggetto di altre modalità di tutela da parte delle OO.SS.. Le forme di questa informazione non sono specificate nel contratto, per cui l'amministrazione aziendale può procedere nel modo che ritiene più congeniale: comunicati di servizio, ordini di servizio, relazioni informative, ecc.; peraltro, l'informazione, a prescindere dalla forma utilizzata dall'amministrazione, deve essere idonea, laddove per idoneità dell'informazione si deve intendere completezza, chiarezza e tempestività.

L'informazione, nella sostanza, si traduce in un obbligo per una sola delle Parti: l'amministrazione dell'azienda datore di lavoro; il diritto all'informazione, per converso, grava sul soggetto sindacale, il quale può solo pretendere di essere informato di quanto l'amministrazione attua nei settori oggetto dell'informazione, ma può sicuramente attivarsi in sede di contrattazione decentrata per disciplinare al meglio l'istituto dell'informazione, stabilendone le forme, le procedure, le modalità ed i tempi.

In ogni caso, l'informazione deve essere tempestiva: sul significato della tempestività non si riscontra cenno alcuno nel CCNL, per cui dobbiamo, quindi,

sopprimere a tale carenza attingendo al significato che la lingua italiana attribuisce alla parola. Evidentemente non esaurisce correttamente l'obbligo di informazione una amministrazione aziendale che, con puntuale ritardo, comunica alla RSA i provvedimenti che essa va ad adottare, magari sempre dopo aver attivato, sul piano pratico, i provvedimenti stessi. Riteniamo oltremodo auspicabile ed opportuno che tutta l'attività di informazione da parte dell'amministrazione aziendale fosse ispirata ad un carattere preventivo, con comunicazione tempestiva alla RSA, onde metterla in grado di approfondire i problemi e, se del caso, utilizzare gli strumenti a sua disposizione per contestarli ed eventualmente opporvisi.

**6.2.1. - L'informazione preventiva e successiva.** - L'informazione può essere preventiva o successiva; sarebbe auspicabile che in tutte le aziende l'informazione dall'amministrazione alla rappresentanza sindacale sia sempre preventiva, onde consentire a quest'ultima di prendere atto delle attività aziendali sugli argomenti oggetto di informazione in tempo utile per eventuali interventi.

Il CCNL, all'art. 4, prevede l'obbligatorietà per l'amministrazione aziendale dell'informazione preventiva nelle materie per le quali sono previste la contrattazione integrativa decentrata (v. infra, par. 5.1. e 5.2.), la concertazione (v. infra, par. 6.3) e la consultazione (v. infra, par. 6.4.). Quindi, il contratto ha stabilito al tempo stesso i casi nei quali l'informazione debba essere obbligatoria e preventiva; per le altre materie, almeno in teoria, la informazione può anche essere successiva; sarà l'amministrazione aziendale a decidere di volta in volta, autonomamente e discrezionalmente, le modalità circa i tempi di informazione alla RSA, sempre nel rispetto dei principi generali ai quali si ispira l'informazione.

**6.2.2. - L'informazione periodica.** - Il CCNL, in ordine ai tempi di ricorrenza dell'obbligo per l'amministrazione aziendale di informazione ai soggetti sindacali, utilizza genericamente il termine "periodicamente", senza peraltro stabilirne la cadenza temporale; solo in un caso individua un tempo preciso, quando sostiene che le Parti, al fine di dare completezza ai processi informativi, si debbano incontrare almeno una volta all'anno.

In via derogatoria a tale principio di incontri annuali, poi, il CCNL stabilisce che le Parti debbano incontrarsi tutte le volte che si sia in presenza di: a) iniziative concernenti le linee di organizzazione degli uffici e dei servizi; b) iniziative per l'innovazione tecnologica degli stessi; c) eventuali processi di dismissione, di esternalizzazione e di trasformazione dei servizi stessi; anche in relazione all'opportunità - segnalata dall'art. 11, comma 5, dell'Accordo nazionale quadro sui comparti di contrattazione del 2 giugno 1998 - di realizzare, per il personale del settore sanitario ove operano soggetti pubblici e privati, omogeneità di comportamenti nelle scelte politiche contrattuali in occasione del rin-

novo dei contratti collettivi di lavoro, ferme restando i rispettivi ambiti di rappresentanza.

Comunque, poiché tutti gli argomenti specifici sopradescritti rientrano tra le materie oggetto di contrattazione integrativa decentrata, è richiesta per essi una informazione obbligatoria e preventiva.

*6.2.3. -L'informazione dietro richiesta. -* Il CCNL stabilisce che l'incontro o gli incontri a scopo informativo tra le due Parti contrattuali possano essere indetti su espressa richiesta dell'amministrazione o della rappresentanza sindacale; questo nel caso in cui non sia necessaria una informazione generica, qual'è quella derivante dalla comunicazione alla RSA - a qualsiasi titolo - dell'attività dell'amministrazione che interessi in un qualche modo la gestione del personale.

In determinati casi (v. infra, par. 6.3.) l'informazione costituisce il presupposto per instaurare un processo che sfocia in un altro istituto contrattuale: la concertazione.

**6.3. - La concertazione.** - Cronologicamente, la concertazione rappresenta, la fase successiva a quella dell'informazione; infatti, una volta ottenuta l'informazione, la rappresentanza sindacale può attivare, con richiesta scritta, la concertazione nelle materie e negli argomenti individuati espressamente dal CCNL per avviarli a soluzione. Anche l'amministrazione aziendale è, peraltro, abilitata ad attivare la concertazione nelle materie indicate dall'art. 6 del CCNL medesimo, per cui può sostenersi che il ricorso a tale istituto rappresenti un diritto/dovere per entrambe le Parti contrattuali, nel senso che ambedue sono obbligate a partecipare agli incontri di concertazione a prescindere dal soggetto che abbia attivato il procedimento.

La concertazione si svolge su una serie di materie, elencate nell'art. 6 del CCNL, ed in relazione ad esse assume due aspetti: concertazione facoltativa e concertazione obbligatoria.

La concertazione si svolge in appositi incontri - da iniziarsi entro 48 ore dal ricevimento della richiesta - nei quali le Parti si adeguano, nei loro comportamenti, a principi di responsabilità, correttezza e trasparenza e devono astenersi, durante tutto il periodo della trattativa, dall'adottare iniziative unilaterali nelle materie in discussione. Gli incontri si devono concludere nel termine di trenta giorni dalla data della richiesta di incontro; dell'esito degli incontri di concertazione viene redatto apposito verbale dal quale devono risultare, oltre il risultato al quale esse sono pervenute, anche le posizioni assunte dalle Parti contrattuali nella relativa discussione. Il termine fissato dal CCNL - 30 giorni - non riveste natura di termine perentorio, per cui è possibile che le due Parti riescano a raggiungere validamente un accordo anche oltre la scadenza.

La concertazione investe alcune materie espressamente elencate dall'art. 6

CCNL, per le quali la rappresentanza sindacale, una volta ottenuta l'informazione, può attivare, mediante richiesta scritta, la concertazione sui criteri generali concernenti alcune materie, le quali, a nostro avviso, rivestono una importanza fondamentale per i Dirigenti medici e veterinari del S.S.N.. L'espressione lessicale utilizzata dall'art. 6 CCNL " I soggetti *sindacali*, ricevuta l'informazione, possono attivare...." farebbe pensare ad un carattere di facoltatività della concertazione, nel senso che la rappresentanza sindacale può anche astenersi dall'attivazione di tale istituto; peraltro, altre disposizioni del contratto si esprimono in maniera tassativa circa una obbligatorietà della concertazione nelle materie di seguito indicate: es. Part. 22, in ordine alla risoluzione consensuale del rapporto di lavoro; Part. 26 in ordine alla graduazione delle funzioni dirigenziali; l'art. 32 sui criteri generali che informano i sistemi di valutazione dell'attività professionale dei Dirigenti. Per cui riteniamo - anche in relazione all'importanza fondamentale che tali argomenti rivestono per il rapporto di lavoro e per gli sviluppi di carriera della Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N. - che si sia trattato di una espressione linguistica più che di una impostazione sostanziale. Le materie oggetto di concertazione, ai sensi del citato art. 6 CCNL, vertono sui criteri generali in ordine a:

- A) affidamento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali (v. infra, Cap. VIII°);
- B) articolazione delle posizioni organizzative, delle funzioni e delle connesse responsabilità dei Dirigenti ai fini della retribuzione di posizione;
- C) effetti di ricaduta dei sistemi di valutazione dell'attività dei singoli Dirigenti sul trattamento economico (v. infra, Cap. Vili');)
- D) articolazione dell'orario di lavoro e dei piani aziendali per assicurare le emergenze;
- E) condizioni, requisiti e limiti per il ricorso alla risoluzione consensuale del rapporto di lavoro (v. infra, Cap. VIP, par. 4).

Nelle materie suindicate il soggetto attivo è sempre il soggetto sindacale, il quale procede -senza dover rispettare alcun limite di tempo dalla informazione, anche se in determinate ipotesi è opportuno un immediato intervento - nella richiesta di incontro per l'attivazione della fase della concertazione aziendale.

6.4. - La consultazione. - Il CCNL dell'area della Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N.- al pari degli altri due Contratti del settore sanitario (Dirigenza non medica e del personale non dirigente del Comparto) - completa il quadro partecipativo del personale all'attività dell'azienda sanitaria alla gestione delle risorse umane con lo specifico istituto della consultazione.

La consultazione si presenta come un istituto che, in relazione alle materie e agli argomenti trattati - riveste un carattere obbligatorio e/o un carattere facoltativo; inoltre, sia il D.L.vo n. 29/1993 sia il D.L.vo n. 626/1994, in materia di

generali sui diritti ed i doveri previsti nella normativa di riferimento, anche: 1) conoscenze generali sui rischi dell'attività e sulle relative misure di prevenzione e di protezione; 2) metodologie sulla valutazione del rischio; 3) metodologie minime delle comunicazioni. La formazione del rappresentante per la sicurezza deve essere integrata dall'azienda ogni qualvolta siano introdotte innovazioni che abbiano rilevanza ai fini della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

La consultazione, da parte dell'amministrazione aziendale, della rappresentanza sindacale e, per essa, del o dei rappresentanti per la sicurezza, richiamata dal CCNL all'art. 6, prevede i seguenti casi, tutti indicati dall'art. 19 del D.L.vo n. 626/1994:

- 1) consultazione preventiva e tempestiva in ordine alla valutazione dei rischi, alla individuazione, programmazione, realizzazione e verifica della prevenzione nell'azienda o nell'unità produttiva;
- 2) consultazione sulla designazione degli addetti al servizio di prevenzione, all'attività di prevenzione incendi, al pronto soccorso, alla evacuazione dei lavoratori;
- 3) consultazione in ordine all'organizzazione della formazione dei lavoratori.

**6.4.3. - La consultazione ex D.L.vo n. 29/1993.** - Il D.L.vo n. 29/1993 prevede, infine, una ipotesi specifica di consultazione delle Confederazioni sindacali rappresentative da parte del Dipartimento della funzione pubblica prima dell'adozione del codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, codice approvato con D.M. 31 marzo 1994 (v. infra, Cap. VII°, par. 4), che quanto prima sarà sostituito ai sensi dell'art. 27 del D.L.vo n. 80/1998 <sup>1</sup>.

**7. - Le Commissioni paritetiche e gli Osservatori per specifici argomenti.** - Il CCNL dell'area della Dirigenza medico/veterinaria - al pari degli altri Contratti di settore - prevede espressamente la costituzione, a richiesta, di apposite Commissioni bilaterali e di Osservatori per l'approfondimento di specifiche problematiche: in particolare, in materia di organizzazione del lavoro in relazione ai processi di riorganizzazione aziendale ovvero in relazione alla riconversione o alla disattivazione dette strutture sanitarie, in materia di ambiente, igiene e sicurezza del lavoro e in materia di attività formative. Soggetti attivi nel richiedere la costituzione degli organismi di che trattasi sono entrambe le Parti negoziali: l'amministrazione aziendale e la rappresentanza sindacale; ci sembra evidente che le Commissioni o Osservatori predetti debbano avere una valenza paritetica

<sup>1</sup> L'art. 27 del D.L.vo n. 80/1998 ha innovato rispetto al sistema precedente in quanto ad un Codice di comportamento generale ha previsto la possibilità di scelta, da parte di ogni amministrazione, tra la soluzione di attivare un proprio codice di comportamento ovvero quella di utilizzare il codice in vigore per tutti i pubblici dipendenti.

tutela protezionistica dei lavoratori sul luogo di lavoro, prevedono alcune forme di consultazione delle OO.SS. del personale della P.A. le quali, ovviamente, devono essere applicate anche ai dipendenti del S.S.N., ivi compresi i Dirigenti.

**6.4.1. - La consultazione da contratto.** - L'art. 6 CCNL prevede una forma generica di consultazione, preventiva e facoltativa: l'amministrazione aziendale, infatti, può, prima dell'adozione degli atti interni di organizzazione aventi riflessi sul rapporto di lavoro, consultare il sindacato (**RSA e OO.SS. territoriali firmatarie del contratto collettivo nazionale di lavoro**).

Invece, quando si tratti di organizzazione e disciplina di strutture ed uffici - ivi compresa quella dipartimentale e distrettuale - di consistenza e variazione delle dotazioni organiche, nonché della tutela protezionistica del personale dirigente, la consultazione è obbligatoria.

**6.4.2. - La consultazione ex D.L. vo 19 settembre 1994, n. 626.** - Il CCNL per l'area dirigenziale medico/veterinaria richiama, tra gli argomenti oggetto di consultazione obbligatoria, i casi previsti dall'art. 19 del D.L.vo n. **626/1994**, disposizione che tratta in modo specifico del o dei rappresentanti per la sicurezza nell'azienda sanitaria.

La figura del rappresentante per la sicurezza, obbligatoria in ogni azienda sanitaria - che formalmente si contrappone a quella del Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, anch'essa obbligatoria, scelto discrezionalmente dall'amministrazione aziendale ed a questa legato da un rapporto fiduciario in virtù della predetta scelta - è disciplinata nelle sue grandi linee dagli artt. 18 e 19 del citato D.L.vo n. **626/1994** e successive modificazioni ed integrazioni e in particolare dalla contrattazione collettiva nazionale. Il rappresentante per la sicurezza costituisce l'espressione della volontà dei lavoratori dell'azienda sanitaria, in quanto o da loro direttamente eletto ovvero designato dalle loro rappresentanze sindacali.

Nella P.A. - e quindi anche nelle aziende ed enti del S.S.N. - la materia è stata disciplinata dall'Accordo nazionale quadro 5 giugno 1996, il quale ha stabilito:

- A) quanto al numero dei rappresentanti per la sicurezza: n. 1, eletto dai lavoratori, nelle amministrazioni che impiegano sino a 15 dipendenti; n. 1, individuato nell'ambito delle rappresentanze sindacali, nelle amministrazioni che impiegano da 16 a 200 dipendenti; n. 3, individuati nell'ambito delle rappresentanze sindacali, nelle amministrazioni che impiegano da **201 a 1000** dipendenti; n. 6 rappresentanti eletti o designati nell'ambito delle rappresentanze sindacali presenti in azienda, nelle amministrazioni che impiegano oltre mille dipendenti;
- B) quanto alla formazione del rappresentante per la sicurezza, questa è a carico della Amministrazione e deve essere articolata sulla base di un programma di almeno 32 ore che deve comprendere, oltre le conoscenze

non trattandosi di organismi decisionali ma consultivi e/o propulsivi. Inoltre, la loro composizione deve prevedere una idonea rappresentanza femminile.

L'istituzione di tali organismi è finalizzata ad assicurare una migliore presenza e partecipazione del personale alle attività aziendali, deve tenere conto delle dimensioni delle aziende e degli enti e, in ogni caso, non deve costituire un onere aggiuntivo per le amministrazioni.

Il compito specifico di essi è quello di raccogliere tutti i dati relativi alle materie oggetto di esame - dati che l'azienda o l'ente ha l'obbligo di fornire loro - e di formulare proposte in ordine ai temi trattati.

8 - Le Conferenze a livello nazionale e regionale. - Il CCNL ha previsto la costituzione, in ogni Regione, di una Conferenza permanente, composta dai rappresentanti regionali, dei Direttori generali delle aziende sanitarie (AA.SS.LL. e aziende ospedaliere) e dei legali rappresentanti degli enti del S.S.N. e delle organizzazioni sindacali firmatarie del Contratto medesimo. In tale contesto, almeno una volta all'anno in relazione alle specifiche competenze regionali in materia di programmazione dei servizi sanitari e dei relativi flussi finanziari, sono verificate la qualità e le quantità dei servizi erogati, oltre agli effetti derivanti dall'applicazione del Contratto collettivo nazionale di lavoro, con particolare riguardo agli istituti concernenti la produttività, le politiche della formazione e dell'occupazione e l'andamento della mobilità.

A livello centrale, è costituita, invece, una Conferenza nazionale, composta dai rappresentanti dell'ARAN, della Conferenza permanente per i rapporti Stato/Regioni e Province autonome e delle organizzazioni sindacali firmatarie del Contratto; in tale ambito, almeno una volta all'anno, devono essere verificati gli effetti derivanti dall'applicazione del Contratto medesimo, con particolare riguardo agli istituti della produttività, delle politiche formative e occupazionali e dell'andamento della mobilità.

9. - I protocolli Regioni/00.55.e il Coordinamento regionale - Anche se i livelli previsti dalla contrattazione collettiva non prevedono più, come per il passato, lo specifico livello regionale, il CCNL dell'area dirigenziale medico/veterinaria ha comunque previsto la possibilità di un intervento regionale: è stata, così, introdotta la possibilità di definire protocolli tra Regioni e Organizzazioni sindacali firmatarie del contratto nelle materie aventi riflessi sugli istituti contrattuali, in particolare su quelli a contenuto economico di cui all'art. 50, comma 7 del CCNL (Fondo della retribuzione di risultato e per il premio della qualità delle prestazioni individuali per l'anno 1999). I protocolli, dopo essere stati sottoscritti, devono essere trasmessi all'ARAN.

Sulla base di tali protocolli, il sistema delle relazioni sindacali regionali deve prevedere gli argomenti e le modalità di confronto con le competenti organizzazioni sindacali di categoria.

Inoltre, il CCNL (art. 7) prevede un momento di confronto tra le Regioni e le OO.SS. firmatarie del contratto, pur mantenendo ferma l'autonomia aziendale; per cui il sistema delle relazioni sindacali regionali, secondo appositi protocolli definiti in ciascuna Regione con le OO.SS. firmatarie del contratto, dovrà determinare argomenti e modalità di confronto su materie aventi riflessi sugli istituti disciplinati dal contratto medesimo al fine di verificarne lo stato di attuazione. A questo proposito, dobbiamo rilevare che nella dichiarazione congiunta n. 1 al CCNL le Parti negoziali hanno affermato il principio che i protocolli in questione non devono assumere il carattere di accordi integrativi regionali.

Il CCNL, a tale proposito, esemplifica alcuni argomenti che devono formare oggetto dei protocolli in questione:

- A) formazione manageriale e formazione continua, comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione permanente;
- B) verifica dell'entità dei finanziamenti dei fondi di posizione, di risultato e delle condizioni di lavoro di pertinenza delle aziende sanitarie ed ospedaliere, limitatamente a quelle soggette a riorganizzazione quale conseguenza di atti di programmazione regionale, assunti in applicazione del D.L.vo n. 229/1999 di razionalizzazione del S.S.N., per ricondurli a congruità, fermo restando il valore della spesa regionale;
- C) perequazione dei fondi delle aziende e degli enti del comparto ai fini dell'applicazione degli art. 41 CCNL, relativi all'equiparazione dell'ex IX° livello al X° livello non qualificato dal [D.P.R. n. 384/1990](#);
- D) perequazione dei fondi delle aziende e degli enti del comparto ai fini dell'applicazione dell'art. 42 CCNL, relativo alla corresponsione dell'indennità di esclusività del rapporto.

I protocolli relativi all'applicazione delle precedenti lett. C) e D) - equiparazione ex IX° livello al X° livello e corresponsione dell'indennità di esclusività del rapporto di lavoro - devono essere inviati all'ARAN per il monitoraggio della spesa in relazione all'utilizzo delle risorse finalizzate agli istituti richiamati.

10. -11 Comitato per le pari opportunità. - Completa il quadro degli istituti partecipativi a livello di azienda o ente del S.S.N., delineato dal CCNL, il Comitato per le pari opportunità, organismo obbligatoriamente istituito e disciplinato in sede di contrattazione collettiva nazionale, sulla base dei principi contenuti nel D.L.vo n. 29/1993 e nella legge 10 aprile 1991, n. 125.

Il primo provvedimento, agli artt. 7 e 61, stabilisce che ogni pubblica amministrazione, al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro e il trattamento sul lavoro, debba: A) riservare alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni giudicatrici di concorso; B) adottare propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità di uomini e donne sul lavoro; C) garantire la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in

rapporto proporzionale alla loro presenza in amministrazioni interessate ai corsi stessi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare; D) adottare tutte le misure per attuare le direttive della U.E. in materia di pari opportunità.

Inoltre, le Pubbliche amministrazioni possono finanziare programmi di azioni positive e l'attività di Comitati di pari opportunità nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio. Ed è proprio in attuazione di questo ultimo principio che il CCNL per la Dirigenza medico/veterinaria, al pari degli altri contratti del personale - dirigente e non - del comparto del S.S.N., ha previsto la costituzione obbligatoria in ogni azienda sanitaria del Comitato per le pari opportunità.

L'organismo in questione provvede a:

- 1) raccogliere i dati relativi alle materie di propria competenza, dati che l'amministrazione aziendale ha l'obbligo di fornire;
- 2) formulare proposte in materia di pari opportunità anche ai fini della contrattazione collettiva, la quale per l'appunto - ai sensi dell'art. 4 comma 2, lett. D) del CCNL-comprende tra gli argomenti di sua competenza anche la pari opportunità;
- 3) promuovere iniziative dirette ad attuare le Direttive comunitarie per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone, nonché eventuali azioni positive in applicazione della citata legge n. 125/1991.

Il Comitato per le pari opportunità è presieduto da un rappresentante dell'amministrazione aziendale ed è composto da un rappresentante designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL e da un numero pari di rappresentanti dell'azienda sanitaria; quindi, anche il Comitato è un organo paritetico. Il presidente del Comitato designa un vicepresidente, che lo sostituisce in caso di assenza o di impedimento, e per ogni componente è previsto un supplente. Il Comitato per le pari opportunità rimane in carica quattro anni e, in ogni caso, sino alla ricostituzione del nuovo Comitato in regime di prorogatio; i componenti di questo organismo possono essere rinnovati nell'incarico per un solo mandato.

L'azienda sanitaria è tenuta a favorire l'operatività del Comitato, garantendo a tale organismo tutti gli strumenti idonei al suo funzionamento, valorizzando e pubblicizzando, in ambito lavorativo e con ogni mezzo, i risultati del lavoro da esso svolto.

Il Comitato deve svolgere una relazione annuale sulle condizioni delle lavoratrici all'interno dell'azienda sanitaria fornendo, in particolare, informazioni sulla situazione occupazionale in relazione alla presenza nelle varie categorie e nei vari profili, nonché sulla partecipazione ai processi formativi.

Quanto alle misure che devono essere adottate in azienda per favorire effettive parità nelle condizioni di lavoro e di sviluppo professionale - che tengano anche nel dovuto conto la posizione del Dirigente in seno alla famiglia - l'azienda sanitaria, sentito il Comitato per le pari opportunità, deve attivarsi sulla

pratica attuazione delle seguenti problematiche:

- A) accesso ai corsi di formazione manageriale;
- B) flessibilità degli orari di lavoro in rapporto agli orari dei servizi sociali;
- C) processi di mobilità.

11. - i costi della contrattazione integrativa decentrata. - Ovviamente, l'applicazione pratica della contrattazione integrativa decentrata si traduce in un costo a carico dell'azienda sanitaria, costo che va aggiunto a quello derivante direttamente dall'applicazione del CCNL.

Il sistema della contrattazione collettiva previsto dal D.L.vo n. 29/1993 si è anche preoccupato del problema dei costi derivante dai contratti integrativi stipulati a livello aziendale ed ha disegnato un controllo sulla loro compatibilità con i vincoli del bilancio delle aziende sanitarie interessate, analogo a quello previsto a livello nazionale. E se, in questa seconda ipotesi, ha individuato nella Corte dei Conti l'organo deputato alla verifica della quantificazione dei costi contrattuali al fine della certificazione della compatibilità di essi con gli strumenti della programmazione finanziaria e di bilancio dello Stato, nel caso della contrattazione integrativa decentrata individua - in questa operazione supportata dalla specifica previsione del CCNL (art. 5) del comparto sanità - nel Collegio sindacale l'organismo aziendale investito del controllo sulla compatibilità dei costi con i vincoli di bilancio.

Anche in ordine alle modalità di esperimento del controllo di compatibilità dei costi, i processi operativi si dimostrano molto simili; infatti, in entrambi i casi l'organo di controllo deve esprimere il proprio avviso entro quindici giorni dalla trasmissione - una volta raggiunto l'accordo da parte delle Delegazioni trattanti - dell'ipotesi contrattuale, altrimenti la certificazione si intende positiva e il Contratto viene sottoscritto dalle Parti negoziali.

In ogni caso, come si vedrà in appresso, i costi della contrattazione nel settore sanitario possono essere ripartiti tra costi derivanti dal CCNL e, quindi, inseriti direttamente in bilancio modificando quelli già previsti e costi derivanti dalla contrattazione integrativa decentrata che fanno sempre carico all'amministrazione aziendale, ma sono individuabili annualmente in relazione alla loro funzione ed alle eventuali risorse che la Regione mette a disposizione dell'Azienda con i protocolli previsti dall'art. 50, comma 7, del CCNL.

## Capitolo VII

# IL RAPPORTO DI LAVORO DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA DEL S.S.N.

1. - Il rapporto di lavoro della Dirigenza medica e veterinaria. - In precedenza (v. infra, Cap. I°, par. 3) già si è precisato che il rapporto di lavoro del personale dirigente del S.S.N. - al pari dell'altro personale del comparto - era ed è rimasto un rapporto di pubblico impiego; è stato anche specificato che la contrattualizzazione del rapporto di lavoro della Dirigenza medica e veterinaria ha apportato ad esso la mera applicazione delle norme di diritto comune a tale personale dirigenziale senza incidere sulla natura pubblicistica del rapporto. Di conseguenza, il rapporto di lavoro del personale dirigente del Servizio è regolato dalle norme di indirizzo generale - che si concretizzano nelle disposizioni del codice civile afferenti alla disciplina del lavoro subordinato, dalla legge specifica che regola il lavoro subordinato nelle imprese, dal D.L.vo n. 29/1993 e successive modificazioni ed integrazioni e dal D.L.vo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni - nonché dalle disposizioni contrattuali contenute nei CCNL vigenti, relativi alla parte normativa e alla parte economica per il quadriennio 1998/2001.

Per quanto riguarda in particolare la Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N., è bene precisare che il sistema contrattuale in atto è articolato nei seguenti contratti collettivi:

A) CCNL 8 giugno 2000, per l'area relativa alla Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N.: parte normativa quadriennio 1998/2001 e parte economica biennio 1998/1999;

B) CCNL 8 giugno 2000, per l'area della Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N.: parte economica biennio 2000/2001.

È necessario, peraltro, tenere presente che il nuovo sistema contrattuale di regolamentazione della Dirigenza medica e veterinaria ha mantenuto in vita - sia con puntuali rinvii al relativo testo, sia non dichiarando la disapplicazione di alcune norme in quanto non contrastanti e perfettamente compatibili con il nuovo contratto - parte del precedente CCNL 5 dicembre 1996 e delle modificazioni e integrazioni intervenute successivamente, nonché di piccola parte dei due contratti ancora precedenti (approvati rispettivamente con DD.PPRR. 20 maggio 1987, n. 270, e 28 novembre 1990, n. 384); il testo degli articoli del CCNL 5 dicembre 1996 e successive modificazioni ancora vigenti è riportato nell'appendice C al presente volume.

Quindi, una disamina completa della disciplina normativa e contrattuale in vigore non può esimersi dal prendere in considerazione tutte le norme sopradescritte, per cui si procederà ad un collage di tutte le fonti in parola. È anche doveroso far presente che di alcuni istituti ormai consolidati del rapporto di lavoro della Dirigenza medica e veterinaria sono stati tracciati solo i principi che li regolano senza una sterile esposizione di dettaglio, in considerazione della generale loro approfondita conoscenza da parte di tutti gli operatori del settore.

2. - i principi che regolano il rapporto di lavoro della Dirigenza medica e veterinaria. - Il rapporto di lavoro della Dirigenza medica e veterinaria,

al pari di quello dell'altra Dirigenza sanitaria del S.S.N., è caratterizzato in questo nuovo CCNL da due principi che lo differenziano, almeno in parte anche se in modo abbastanza sostanziale, da quello della rimanente Dirigenza pubblica e da quello del personale del Comparto sanità. Tali caratteri sono rappresentati dai principi della flessibilità del lavoro e dalla esclusività del rapporto; indubbiamente, questo secondo elemento è quello di spicco che fa passare in seconda linea il principio della flessibilità.

2.1. - La flessibilità del lavoro. - Con la terminologia "flessibilità del lavoro" si usa indicare tutte quelle forme lavorative che in qualche modo non corrispondono al rapporto di lavoro tradizionale, quello del rapporto a tempo indeterminato, per il quale una volta instaurato esso permane per tutta la vita lavorativa del dipendente, di regola sino al raggiungimento dell'età massima prevista dalle disposizioni in vigore per la permanenza in servizio: 65 anni di età, elevabili, a richiesta dell'interessato, al 67° anno di età.

I principi che regolano l'istituto della flessibilità del lavoro è stato formalmente introdotto nella contrattazione delle aree dirigenziali del S.S.N. dal precedente CCNL 6 dicembre 1996, poi integrato dal CCNL 1° agosto 1997, laddove si parlava di assunzioni a tempo determinato, in sostituzione del precedente tradizionale conferimento di incarico; ma la flessibilità del lavoro investe anche il contratto di lavoro part time - istituto, questo, che è stato ottenuto a livello contrattuale e che rientra nelle code contrattuali in corso di definizione - anche se per la Dirigenza medico/veterinaria e sanitaria la possibilità del ricorso a tale forma contrattuale è stata esclusa dalla legge n. 488/1999 (legge finanziaria per il 2000). Altre forme di lavoro flessibile (telelavoro, banca ore, lavoro interinale, etc.) non sono per il momento ipotizzabili per la Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N..

2.1.1. - Le assunzioni a tempo determinato. - Tradizionalmente, il settore sanitario - rispetto agli altri settori della P.A. che hanno sempre utilizzato, di regola, nei confronti del proprio personale esclusivamente rapporti di lavoro a tempo indeterminato, anche se recentemente il D.L.vo n. 29/1993 (art. 19, comma 6) ha introdotto nel nostro ordinamento pubblicistico la possibilità eccezionale del ricorso, anche per la Dirigenza, a contratti di lavoro a tempo determinato - è stato sempre caratterizzato dalla possibilità di instaurare rapporti di impiego a termine (i cd. "Incarichi temporanei"); la necessità di attivare tali forme di lavoro da parte delle strutture sanitarie pubbliche va ricercata nelle improvvise esigenze di dotarsi di personale sanitario al fine di fronteggiare situazioni di pericolo nell'utenza dovute alla carenza del personale di assistenza.

Di regola, il ricorso al conferimento degli incarichi temporanei avveniva per sopperire alle vacanze dovute alla sostituzione necessaria di personale sanitario collocato a riposo (nelle more dell'espletamento del pubblico concorso, le cui

modalità di espletamento sono per loro natura lunghe e farraginose), ovvero per la sostituzione di personale che interrompeva solo temporaneamente il servizio a vario titolo, ma che aveva diritto al mantenimento del posto: es. personale femminile collocato in aspettativa per gravidanza e puerperio. Quindi, questa necessità del conferimento di incarichi a tempo era caratterizzata direttamente dall'esigenza di assicurare il regolare andamento e la continuità assistenziale dei servizi sanitari pubblici.

Quanto alle modalità formali di conferimento degli incarichi temporanei in questione, esse sono state sempre disciplinate dalle varie leggi che si sono susseguite dal 1938 in poi e consistevano, sostanzialmente, in due procedure diverse: A) in presenza di una graduatoria di idonei in un concorso pubblico per il posto corrispondente (disciplina e qualifica) indetto dalla stessa amministrazione sanitaria, veniva seguita nell'ordine tale graduatoria ed il personale era assunto per la durata di sei mesi (in seguito, otto mesi), incarico, peraltro, non rinnovabile; B) in assenza di tale graduatoria, l'amministrazione procedeva ad indire apposito avviso pubblico per il conferimento temporaneo (sei mesi, poi otto mesi) del posto di sanitario da ricoprire; la procedura del conferimento avveniva per soli titoli da valutarsi nello stesso modo stabilito per i corrispondenti concorsi pubblici.

Il CCNL 6 dicembre 1996, all'art. 16', ha sostituito la normativa in tema di incarichi temporanei per il personale medico e veterinario del S.S.N. disciplinando il corrispondente istituto del contratto individuale a tempo determinato (o a termine), prevedendo la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare contratti individuali per l'assunzione di dirigenti a tempo determinato nelle seguenti ipotesi:

- a) in sostituzione di Dirigenti assenti, quando l'assenza superi i 45 giorni consecutivi, per tutta la durata del restante periodo di conservazione del posto dell'assente; il rispetto del termine dei 45 giorni non è richiesto ove sussistano documentati motivi di urgenza;
- b) in sostituzione di Dirigenti assenti per gravidanza e puerperio, sia nell'ipotesi di astensione obbligatoria sia in quella di astensione facoltativa previste dalla normativa vigente (v. infra, par.7);
- c) per la temporanea copertura di posti vacanti di Dirigente medico o veterinario per un periodo massimo di otto mesi, purchè sia stato già bandito il relativo concorso pubblico.

In ordine alle fattispecie in precedenza citate, è doveroso aggiungere che il vigente CCNL non ha affrontato nel suo insieme l'istituto dell'assunzione a tem-

<sup>1</sup> L'articolo 16 in questione ha avuto una vita travagliata sin dall'inizio, in quanto all'epoca non era stato ammesso al visto da parte della Corte dei Conti; è stato riproposto in sede di definizione delle code contrattuali del CCNL in questione in data 19 dicembre 1996. Successivamente, l'articolo in questione è stato ulteriormente confermato - almeno nei principi, sia pure se in un testo modificato - dal CCNL 5 agosto 1997.

po determinato, anche se ne ha allargato la sfera di applicazione introducendo nelle sedi opportune norme particolari che lo riguardano. Si cita, a titolo di esempio, il comma 5 dell'art. 62 del vigente CCNL che integra le ipotesi succitate con la fattispecie disciplinata dall'art. 15 septies, comma 1, del D.L.vo n. 502/1992 nel testo modificato dal D.L.vo n. 229/1999:

d) i Direttori generali possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a tempo determinato (di durata non inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo) e con rapporto di lavoro esclusivo, entro il limite del 2% della dotazione organica della dirigenza, a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica deducibile dalla formazione universitaria e postuniversitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro e che non godano del trattamento di quiescenza.

Il citato art. 15 septies del D.L.vo n. 502/1992 esclude, invece, per la Dirigenza medica il ricorso da parte delle aziende sanitarie di stipulare contratti a tempo determinato, oltre quelli già citati sub d), in numero non superiore al 5% della dotazione organica delle altre Dirigenze (sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa) per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello di medico, ad esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con le esigenze che determinano il conferimento dell'incarico.

Ai fini dell'applicazione pratica dell'ipotesi sub d), le aziende sanitarie devono individuare, preventivamente, con proprio atto le modalità per il conferimento di tale tipologia di incarico ed i requisiti richiesti, sentiti i soggetti sindacali facenti parte della Delegazione trattante (v. infra, Cap. VI', par. 2.2.).

L'azienda sanitaria, in ordine alla procedura formale da seguire per la selezione dei Dirigenti con i quali stipulare il contratto a tempo determinato, deve applicare l'art. 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207: avviso pubblico per soli titoli, secondo la valutazione stabilita dal [D.P.R. n. 483/1997](#) per i corrispondenti concorsi pubblici a posti di Dirigente medico e/o veterinario. Prima dell'assunzione a termine il Dirigente deve produrre all'amministrazione aziendale la documentazione di rito; per motivi di urgenza, essi possono essere presentati entro 30 giorni dalla data in cui il Dirigente ha preso servizio. La mancata presentazione della documentazione o l'accertata carenza di uno dei requisiti prescritti per l'assunzione determina la risoluzione immediata del rapporto di lavoro che produce esclusivamente gli effetti economici - ai sensi dell'art. 2126

c.c. - per il periodo effettivamente lavorato; tale clausola deve risultare espressamente dal contratto individuale di lavoro.

Il rapporto di lavoro a tempo determinato si risolve automaticamente, senza il diritto al preavviso, alla scadenza indicata nel contratto individuale, ovvero anche prima di tale scadenza con il rientro in servizio del Dirigente sostituito e con diritto alla conservazione del posto. In nessun caso, comunque, il rapporto di lavoro a tempo determinato può trasformarsi in un rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Al Dirigente medico o veterinario assunto con contratto a tempo determinato si applica il trattamento economico e normativo previsto dal CCNL vigente per il personale in servizio a tempo indeterminato, con le seguenti precisazioni:

- a) le ferie sono proporzionali al servizio prestato;
- b) in caso di assenza per malattia - fermi restando i principi stabiliti dagli artt. 24 e 25 del CCNL 6 dicembre 1996 (v. infra rispettivamente, par. 6, 6.1, 6.2) in quanto compatibili - si applica quanto previsto dalla legge 11 novembre 1983, n. 638, di conversione con modificazioni del [D.L.n. 463/1983](#), ossia: 1) la conservazione del posto è pari alla durata del contratto e non può in ogni caso superare i 18 mesi; 2) per stabilire il periodo massimo per il quale può erogarsi la retribuzione, deve conteggiarsi il periodo complessivamente lavorato-con esclusione dei giorni di assenza per malattia - presso la stessa azienda o altro datore di lavoro nei dodici mesi precedenti il giorno di insorgenza della malattia. I periodi di trattamento economico intero o ridotto sono stabiliti in misura proporzionale, secondo i criteri contenuti nell'art. 24, comma 6, CCNL 6 dicembre 1996 (v. infra, par.7A), salvo che non si tratti di un periodo di assenza inferiore a due mesi; 3) il trattamento economico non può essere comunque erogato oltre la data di cessazione del rapporto di lavoro; z
- c) possono essere previste assenze non retribuite fino ad un massimo di dieci giorni, tranne ipotesi di matrimonio, nel qual caso il Dirigente ha diritto ad assentarsi per 15 giorni consecutivi;
- d) l'azienda sanitaria nel contratto individuale definisce quale incarico conferire al Dirigente assunto a tempo determinato; ai fini della retribuzione di posizione; invece, la retribuzione di risultato è corrisposta in misura proporzionale alla durata dell'incarico ed in relazione ai risultati conseguiti.

<sup>1</sup> Il CCNL 5 agosto 1997, nell'allegato 1, contiene un riepilogo dei principi che regolano l'assenza per malattia nel rapporto di lavoro a tempo determinato, sia per quanto riguarda il periodo di conservazione del posto, sia per quanto attiene al trattamento economico delle assenze; il predetto allegato va ad integrare l'Allegato n. 5 del CCNL 5 dicembre 1996. Il testo integrale dell'Allegato 1 al CCNL 5 agosto 1997 è riportato nell'Appendice C al presente volume: v. infra, pag. 303.

<sup>2</sup> Il vigente CCNL per l'area dirigenziale medico/veterinaria (art. 27) stabilisce che ai Dirigenti di nuova assunzione - nei primi cinque anni di attività (com'è il caso dei Dirigenti a tempo determinato - possano essere conferiti esclusivamente incarichi dirigenziali di natura professionale.

Il contratto a tempo determinato è nullo e produce solo gli effetti di cui all'art. 2126 c.c., ossia solo gli effetti economici, qualora l'apposizione del termine di scadenza non risulti da atto scritto ovvero sia stato stipulato al di fuori delle ipotesi previste dalla normativa in vigore, descritte sub lett. a), b), c) e d), sopra riportate. Sono anche nulli la proroga o il rinnovo del contratto a tempo determinato, adottati nei modi indicati in appresso, qualora si tratti di assunzioni successive a termine dirette ad eludere disposizioni di legge o contrattuali.

In via eccezionale, il contratto a termine può essere prorogato, con il consenso del Dirigente, non più di una volta e per un periodo non superiore alla durata del contratto iniziale, quando la proroga stessa sia richiesta da esigenze contingenti ed imprevedibili e si riferisca alla stessa attività lavorativa, anche se rientrante in un'altra fattispecie di quelle previste dalla norma - lettere a), b), c) e d) - e sempreché il Dirigente sostituito sia lo stesso. In ogni caso il Dirigente può essere riassunto, dopo la proroga suddetta, con un ulteriore contratto a tempo determinato solo dopo il decorso di quindici ovvero di trenta giorni dalla data di scadenza del precedente contratto di durata, rispettivamente, inferiore o superiore a sei mesi, nel rispetto delle norme di assunzione vigenti.

Al Dirigente già a tempo indeterminato, assunto presso la stessa o altra azienda sanitaria, ovvero in altre pubbliche amministrazioni di diverso comparto o in organismi della Comunità europea, con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato, che richiede una aspettativa (v. infra, par. 7.6) questa è concessa per tutta la durata del contratto a termine.

L'art. 16 CCNL 5 dicembre 1996 esclude espressamente che le disposizioni soprariportate concernenti il rapporto di lavoro a tempo determinato possano riguardare i Dirigenti ex secondo livello, oggi Direttori responsabili di struttura complessa. Infatti, il CCNL vigente prevede che, di regola, per la loro sostituzione (v. infra, Cap.VIII°, par.6) le aziende sanitarie procedano al loro interno con altri Dirigenti medici o veterinari ad essi sottordinati, ovvero ricorrendo all'istituto dello "scavalco", ossia conferendo l'incarico sostitutivo ad altro Dirigente di struttura complessa del medesimo Dipartimento. Esclusivamente nelle ipotesi in cui l'assenza dal servizio del Dirigente responsabile di struttura complessa derivi dalla fruizione di una aspettativa senza assegni per il conferimento dell'incarico di Direttore generale o di Direttore sanitario o di Direttore dei servizi sociali - ove questa figura sia prevista dalle leggi regionali - presso la medesima o altra azienda sanitaria ovvero per mandato elettorale o distacco sindacale, l'azienda sanitaria interessata provvede ad espletare le procedure di legge (DAR. n. 484/1997) per l'assunzione di altro Dirigente con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato limitatamente alla durata dell'aspettativa o del distacco sindacale concesso e sempre nel rispetto delle procedure per la selezione. Il contratto relativo si risolve automaticamente - qualora l'azienda non provveda al suo rinnovo - alla naturale scadenza senza necessità di preavviso ovvero anticipatamente nell'ipotesi di rientro dall'aspettativa o dal

distacco sindacale del titolare prima del termine preventivato.

Ma al di là dei principi sopradescritti dobbiamo ricordare che un recente contratto collettivo quadro, sottoscritto il 9 agosto 2000, ha stabilito alcuni principi di carattere generale in ordine alla stipulazione da parte della FA. di contratti di fornitura di lavoro temporaneo:

a) il ricorso al lavoro temporaneo deve soddisfare esigenze a carattere non continuativo e/o a cadenza periodica o collegate a situazioni di urgenza non fronteggiabili con il personale in servizio o mediante procedure di reclutamento ordinario;

b) il ricorso al lavoro temporaneo deve essere improntato all'esigenza di contemperare l'efficienza operativa e la economicità di gestione;

c) il ricorso al lavoro temporaneo in nessun caso può essere utilizzato per sopperire stabilmente e continuativamente a carenze organiche;

d) i Dirigenti medici e/o veterinari con contratto di fornitura di lavoro temporaneo contemporaneamente impiegati nell'azienda sanitaria non possono superare il tetto del 7% calcolato su base mensile dei corrispondenti Dirigenti a tempo indeterminato;

e) qualora tali Dirigenti partecipino a programmi o a progetti di produttività presso l'azienda sanitaria di appartenenza, hanno titolo a partecipare all'erogazione dei connessi trattamenti economici accessori, secondo le condizioni, i criteri e le modalità stabiliti in sede di contrattazione collettiva integrativa decentrata.

**2.1.2. - Il contratto di lavoro a tempo parziale.** - Il rapporto di lavoro part time, ormai di generale applicazione nella P.A., non ha avuto vita facile nel S.S.N. in quanto le aziende e gli enti del comparto hanno sempre sottoutilizzato tale istituto in quanto la sua applicazione pratica, così - come era stata disciplinata, soprattutto nelle strutture ospedaliere dove la quasi totalità delle attività assistenziali era svolta nell'arco delle ventiquattro ore - avrebbe comportato notevoli disfunzioni operative.

Una serie di disposizioni legislative hanno insistito - nell'ambito delle manovre finanziarie annuali (leggi finanziarie) - per una adozione sempre più allargata dell'istituto del part time, tanto da prevederne l'applicazione anche alla Dirigenza della P.A.; la legge n. 488/1999 (legge finanziaria per il 2000), peraltro, ha escluso che per il S.S.N. si potesse applicare l'istituto del tempo parziale alla Dirigenza sanitaria in generale, ivi compresa quella medico/veterinaria, e all'altra Dirigenza preposta alla titolarità di uffici.

Per quanto riguarda la Dirigenza dell'area medico/veterinaria del S.S.N., l'art. 64 del vigente CCNL, dopo aver premesso che non possono essere ammessi a fruire dell'istituto del part time i Dirigenti sanitari, prevede che le Parti contrattuali concordino sulla necessità ed urgenza di affrontare il problema dell'utilizzazione di tale istituto esclusivamente in quei casi nei quali risulti compro-

vata una particolare esigenza familiare o sociale, fermo restando il rapporto di lavoro esclusivo con sospensione provvisoria della eventuale libera professione intramuraria svolta. Sempre in forza del citato art. 64, le Parti convengono sull'opportunità che la materia venga affrontata - e risolta in tal senso - nel contesto delle code contrattuali (e specificamente entro il 30 giugno 2001) per disciplinare le percentuali, il trattamento economico e normativo, nonché l'utilizzo dei risparmi per la parte che le vigenti disposizioni destinano agli incentivi del personale.

2.2. - L'esclusività del rapporto di lavoro. - La maggiore innovazione - anzi una vera e propria rivoluzione - apportata al rapporto di lavoro della Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N. è quella introdotta dal D.L.vo n. 229/1999, di riorganizzazione del Servizio sanitario, poi disciplinata nei suoi vari aspetti dal vigente CCNL.

L'art. 15 quater del D.L.vo n. 502/1992, nel testo modificato dal D.L.vo n. 229/1999, assoggetta tutti i Dirigenti medici e veterinari al rapporto di lavoro esclusivo, sia se legati all'azienda sanitaria da un rapporto di lavoro a tempo indeterminato sia a tempo determinato, rinviando alla contrattazione collettiva la disciplina di dettaglio ed economica di tale principio.

In ogni caso la responsabilità di struttura (semplice o complessa) è riservata ai Dirigenti a rapporto di lavoro esclusivo. Inoltre, il rapporto di lavoro esclusivo costituisce titolo preferenziale per gli incarichi didattici e di ricerca e per i comandi e i corsi di aggiornamento tecnico/scientifico e professionale.

Infine, per i Dirigenti già in servizio era prevista la possibilità dell'opzione per il rapporto esclusivo entro il 14 marzo 2000; il Dirigente a rapporto esclusivo non può chiedere il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo. In ogni caso, la trasformazione del rapporto da non esclusivo ad esclusivo deve improrogabilmente avvenire entro il 1° dicembre 2001.

Il principio dell'esclusività del rapporto di lavoro ha comportato ovviamente la soppressione del rapporto di lavoro a tempo definito della Dirigenza, in quanto incompatibile con il nuovo sistema (v. infra, par. 2.3.); infatti, il rapporto a tempo pieno - a prescindere dalla differenza del debito orario - consente l'esercizio della libera attività professionale all'esterno della struttura sanitaria di appartenenza.

Il rapporto di lavoro esclusivo comporta la totale disponibilità del Dirigente nello svolgimento delle funzioni dirigenziali attribuite dall'azienda sanitaria nell'ambito della posizione ricoperta e della competenza professionale posseduta e della disciplina di appartenenza, con impegno orario contrattualmente definito.

Inoltre, il rapporto di lavoro esclusivo comporta l'esercizio dell'attività professionale nelle seguenti tipologie (v. infra, Cap. X°): A) il diritto all'esercizio di attività libero/professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali individuate dal Direttore generale d'intesa con

il Collegio di direzione; B) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività a pagamento svolte in équipe all'interno delle strutture aziendali, ma sempre al di fuori dell'impegno di servizio; C) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività richieste a pagamento da singoli utenti e svolte individualmente o in équipe, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture di altra azienda sanitaria o in altra struttura sanitaria accreditata, previa convenzione dell'azienda di appartenenza con tali strutture; D) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell'impegno di servizio e consentano la riduzione dei tempi di attesa, sentite le équipe dei servizi interessati.

Il vigente CCNL, attenendosi strettamente e scrupolosamente ai principi del D.L.vo n. 229/1999 in tema di rapporto di lavoro esclusivo della Dirigenza medico/veterinaria, ha disciplinato il trattamento economico relativo - che sostanzialmente consiste nella corresponsione dell'indennità di esclusività del rapporto (v. infra, Cap. XIV°), determinata puntualmente dal CCNL concernente il biennio economico 2000/2001 - ed ha ulteriormente specificato l'attuazione sul piano pratico di alcuni aspetti del rapporto non abbastanza approfonditi dal citato provvedimento di riorganizzazione del S.S.N., quali le verifiche dei risultati e dell'attività dei Dirigenti, il sistema di valutazione dei Dirigenti e il conferimento degli incarichi dirigenziali.

Sempre sull'argomento dell'esclusività del rapporto, il vigente CCNL rinvia alla definizione delle cd. code contrattuali la definizione del recesso per giusta causa nei confronti del Dirigente che, in violazione del rapporto esclusivo, eserciti la libera professione extramuraria.

**2.3. - Il rapporto di lavoro a tempo definito della Dirigenza medico/veterinaria.** - Il rapporto di lavoro a tempo definito che, storicamente, ha caratterizzato la Dirigenza medica del S.S.N., è stato formalmente soppresso dal D.L.vo n. 229/1999 (art. 15 bis), ma in via transitoria è rimasto come istituto residuale per i Dirigenti che già fruivano di tale rapporto.

La norma in esame (art. 15 bis), oltre a sopprimere formalmente i rapporti di lavoro a tempo definito per la Dirigenza sanitaria, prevede - in relazione alla conseguente maggiore disponibilità di ore di servizio - il congelamento, ossia la indisponibilità per le aziende sanitarie, negli organici della Dirigenza sanitaria di un numero di posti in misura corrispondente alla spesa e rinvia alla contrattazione collettiva le modalità di regolarizzazione dei rapporti di lavoro a tempo definito soppressi.

Il vigente CCNL (art. 44) prende in esame la Dirigenza interessata definendo il trattamento economico dei rapporti ad esaurimento, tra i quali colloca anche il rapporto a tempo definito; inoltre, stabilisce una serie di modalità, di trattamenti economici e di tempi per ricondurre i Dirigenti interessati al rapporto unico, anche per quanto attiene all'orario di lavoro ed in relazione alle catego-

rie di soggetti investiti dalla soppressione del tempo pieno: a) i Dirigenti che abbiano optato per il rapporto di lavoro esclusivo entro il 14 marzo 2000; b) i Dirigenti di ex secondo livello a tempo definito che non avessero optato per l'incarico quinquennale entro il 31 luglio 1999; c) i Dirigenti veterinari già di primo e secondo livello di cui alla lett. D degli artt. 43, 44 e 45 CCNL 5 dicembre 1996 che abbiano optato per l'esclusività del rapporto; d) gli ex medici condotti ed equiparati di cui all'art. 70, comma 5, del CCNL 5 dicembre 1996 che abbiano optato per il rapporto di lavoro esclusivo.

3. - La costituzione del rapporto di lavoro. - Il rapporto di lavoro della Dirigenza medica e veterinaria si instaura tra le singole aziende sanitarie e i singoli Dirigenti con la sottoscrizione del contratto individuale di lavoro, esclusivamente a seguito di una delle procedure di reclutamento previste dal D.L.vo n. 29/1993 o dal D.L.vo n. 229/1999 (DD.PP.RR. nn. 483 e 484 del 10 dicembre 1997); ovviamente, l'accesso alla Dirigenza con contratti a tempo determinato - nei casi in cui ciò sia possibile - avviene con le procedure e le modalità stabilite dal contratto vigente (v. infra, par. 2.1.1.).

L'azienda sanitaria (qualsiasi sia stata la procedura selettiva seguita) prima di procedere alla stipulazione del contratto individuale deve richiedere al futuro Dirigente - assegnandogli un termine perentorio di almeno 30 giorni - la documentazione prescritta dalle norme che regolano l'accesso ai pubblici impieghi, nonché le dichiarazioni di rito concernenti l'esclusività del rapporto di lavoro o la denuncia di eventuali situazioni di incompatibilità; inoltre, l'azienda sanitaria ha l'obbligo di sottoporre il futuro Dirigente, ove previsto, agli accertamenti sanitari. Trascorso infruttuosamente il termine stabilito senza che l'interessato abbia prodotto la documentazione richiesta o le dichiarazioni di rito, l'azienda sanitaria deve comunicargli di non dare più luogo alla stipulazione del contratto; l'azienda deve seguire una eguale impostazione nella eventualità che il Dirigente risulti fisicamente non idoneo alla visita medica.

Il D.L.vo 26 maggio 1997, n. 152, emanato in attuazione di specifica Direttiva comunitaria, sancisce l'obbligo generale per il datore di lavoro - che nel caso di specie è l'azienda sanitaria - di informare il dipendente delle condizioni applicabili al rapporto di lavoro; tale informazione può essere inserita quale clausola di rito nel contratto individuale di lavoro ovvero in altro documento scritto da consegnarsi al Dirigente entro trenta giorni dall'assunzione.

Inoltre, a sensi dell'art. 58 bis del D.L.vo n. 29/1993, l'azienda sanitaria deve consegnare al Dirigente neoassunto copia del Codice di comportamento (v. infra, par. 4).

3.1. - Il sistema di reclutamento della Dirigenza medica e veterinaria. - Nonostante il D.L.vo n. 229/1999 abbia introdotto sostanziali innovazioni in ordine allo stato giuridico della Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N., il si-

tema di reclutamento di questa è rimasto invariato rispetto ai principi determinati dal D.L.vo n. 502/1992 ed alla disciplina di dettaglio stabilita nei DD.PPAR. 10 dicembre 1997, nn. 483 e 484, rispettivamente dedicati al concorso pubblico per titoli ed esami a posti di Dirigente e al conferimento dell'incarico di Direttore di struttura complessa; anzi, il D.L.vo n. 229/1999 conferma per la selezione pubblica per il conferimento dell'incarico di Direttore di struttura complessa le precedenti disposizioni del [D.P.R. n. 484/1997](#).

Pertanto, nei paragrafi che seguono, esamineremo la disciplina in vigore per l'accesso ai posti dirigenziali dell'area medico/veterinaria del Servizio.

In ogni caso, la legge 12 marzo 1999, n. 68, recante norme per il diritto al lavoro dei disabili, ha escluso "riserve di posti" per la Dirigenza in generale e, quindi, anche per la Dirigenza medica e veterinaria; è stato così chiarito definitivamente il problema della eventuale riserva di posti nei concorsi a posti di medici o veterinari che, in passato, aveva visto alternarsi la giurisprudenza in proposito.

È rimasto inalterato, invece, il principio per cui l'invalidità - o altro status ad essa equiparato - costituisce, a parità di punteggio, titolo di "preferenza". Lo stesso D.L.vo n. 29/1993, all'art. 38, prevede la riserva di posti nei concorsi pubblici esclusivamente nei confronti del personale del Comparto, con esclusione della Dirigenza; è stato così risolto il problema, in passato molto dibattuto, circa le riserve di posti di medico alle cd. "categorie riservatarie".

**3.1.1. - Il reclutamento dei Dirigenti di struttura complessa.** - La materia è disciplinata dal regolamento, approvato con D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, che determina i requisiti per l'accesso alla Direzione sanitaria aziendale e dei requisiti per l'accesso al secondo livello dirigenziale - oggi, Direttori di struttura complessa - per il personale del ruolo sanitario del S.S.N. e da altri provvedimenti amministrativi ad esso collegati ed utili a determinare il valore dei titoli professionali e di studio prodotti dagli aspiranti: D.M. 30 gennaio 1998, D.M. 22 gennaio 1999, D.M. 5 agosto 1999, D.M. 23 marzo 2000, n. 184 e D.M. 2 agosto 2000.

Il riferimento al [D.P.R. n. 484/1997](#) riguarda solo il conferimento degli incarichi di Direttore di struttura complessa, e non l'incarico di Direttore sanitario aziendale, il quale non fa parte della Dirigenza vera e propria dell'azienda sanitaria, in quanto collocato in una posizione particolare all'interno della Direzione strategica ed è legato all'azienda da apposito contratto di diritto privato. Il citato [D.P.R. n. 484/1997](#) disciplina anche altri aspetti relativi allo stato giuridico della Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N., sia pure collegandoli alle procedure selettive in esso previste: citiamo, a titolo di esempio, la regolamentazione di principio dei corsi di formazione manageriale e dei corsi di aggiornamento professionale.

Il complesso normativo del D.L.vo n. 502/1992, nel testo novellato dal D.L.vo n. 229/1999, prevede che la titolarità di una struttura aziendale complessa sia attribuita - mediante il conferimento dell'incarico quinquennale/set-

tennale rinnovabile - a seguito di puntuale procedura selettiva pubblica, nella quale interviene una Commissione tecnica, presieduta dal Direttore sanitario aziendale e composta da due esperti, i quali devono essere due Direttori di struttura complessa, del ruolo (medico, veterinario, odontoiatra) e della disciplina (specialità) interessati, designati, rispettivamente, dal Direttore generale e dal Collegio di Direzione, con l'incarico di individuare i candidati idonei alle funzioni per le quali concorrono; in questa rosa di candidati sarà, poi, il Direttore generale a scegliere il soggetto che riterrà più adatto alle esigenze dell'azienda sanitaria.

La giurisprudenza amministrativa ormai consolidata -cfr. da ultimo TAR Puglia, Bari, Sez.II, decisione n. 615 del 21 giugno 1998 e TAR Friuli-Venezia Giulia, decisione n. 1558 del 10 dicembre 1998 - ha ritenuto che la scelta, da parte del Direttore generale aziendale, del Direttore di struttura complessa nell'ambito di un elenco formulato da una Commissione tecnica all'uopo nominata debba essere motivata in armonia con il generale principio dell'art. 3 della legge n. 241/1990 (sulla trasparenza amministrativa), al fine di dare certezza dei principi che hanno giustificato la scelta stessa sotto i profili della ragionevolezza e della non contraddittorietà.

La procedura si articola nelle seguenti fasi:

- A) pubblicazione dell'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico nella Gazzetta ufficiale;
- B) nomina, da parte del Direttore generale, dopo la scadenza dei termini di presentazione delle domande, della Commissione di esperti, nella composizione di cui sopra;
- C) accertamento, da parte della Commissione di esperti, del possesso dei requisiti di legge nei concorrenti e loro ammissione;
- D) valutazione, sempre da parte della Commissione, del curriculum professionale prodotto dai concorrenti ammessi, valutazione che si concretizza in un giudizio adeguatamente motivato in relazione ai singoli elementi documentali presi in considerazione e che hanno contribuito a determinare il giudizio medesimo;
- E) colloquio, sostenuto dinanzi alla Commissione dai concorrenti ammessi, finalizzato alla valutazione delle capacità professionali di ogni candidato nella specifica disciplina e all'accertamento delle capacità organizzative, gestionali e di direzione di ciascuno;
- F) predisposizione, da parte della Commissione di esperti, di una rosa di nominativi dei concorrenti giudicati idonei, con relativa dettagliata motivazione, a ricoprire l'incarico della responsabilità della struttura complessa aziendale;
- G) scelta, motivata, del Direttore generale del sanitario al quale attribuire l'incarico quinquennale/settennale rinnovabile di Direttore della struttura aziendale complessa.

In merito al conferimento dell'incarico di Direttore di struttura complessa, dobbiamo far rilevare che la durata temporale di esso è attribuita alla piena discrezionalità della Direzione strategica aziendale che può stabilirla tra un limite minimo (cinque anni) ed uno massimo (sette anni) fissati dal D.L.vo n. 229/1999; egualmente i tempi della durata del rinnovo dell'incarico sono attribuiti alla competenza aziendale. Ma, in questo caso, l'autonomia decisionale aziendale opera in un arco temporale più lungo: infatti, la norma fissa la facoltà di rinnovo dell'incarico o per il tempo dell'incarico iniziale (cinque/sette anni) o per un periodo più breve.

*3.1.2 - li reclutamento dei Dirigenti medici e veterinari.* - Uargomento è disciplinato dal regolamento approvato con D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483, recante la normativa concorsuale per il tutto il personale dirigenziale del S.S.N., ivi compresa la Dirigenza medica e veterinaria del Servizio. Il provvedimento, che valeva per l'assunzione dei Dirigenti di primo livello (o iniziale), è stato sostanzialmente confermato per l'accesso alla qualifica unica introdotta dal D.L.vo n.229/1999. Il concorso pubblico è per titoli ed esami.

Il procedimento concorsuale a posti di Dirigente medico/chirurgo, odontoiatra e veterinario si articola in una serie di fasi distinte, alcune propedeutiche altre essenziali, che qui di seguito cronologicamente riportiamo:

- A) accertamento della vacanza di posti nella pianta organica aziendale;
- B) indizione del bando di concorso per il numero dei posti vacanti, ovvero per un numero inferiore determinato dall'azienda in relazione al fabbisogno specifico, bando che deve essere pubblicato nel Bollettino ufficiale della Regione ove ha sede l'azienda sanitaria e, per estratto, nella Gazzetta ufficiale;
- C) ammissione o esclusione dal concorso dei candidati per difetto dei requisiti richiesti di carattere generale (cittadinanza italiana o di uno dei Paesi dell'U.E.; idoneità fisica all'impiego da accertarsi all'atto dell'assunzione) e specifico (laurea in medicina e chirurgia, o in odontoiatria o in medicina veterinaria; specializzazione nella disciplina a concorso o equipollente, o, in via transitoria, anzianità di servizio o, ancora, specializzazione in disciplina affine; iscrizione all'Albo professionale). L'eventuale esclusione dal concorso - deliberata dal Direttore generale aziendale - deve essere notificata all'interessato entro 30 giorni;
- D) nomina della Commissione giudicatrice, presieduta dal Direttore della struttura complessa interessata al concorso e composta di altri due membri esperti (Direttori di struttura complessa appartenenti al profilo e alla disciplina oggetto del concorso, di cui uno sorteggiato tra gli iscritti ai Ruoli nominativi regionali e l'altro designato dalla Regione) e dal segretario che deve essere un funzionario amministrativo dell'azienda;
- E) riunione della Commissione giudicatrice nella quale deve essere stabilito il termine presunto dei lavori concorsuali, deve essere dichiarato che non

- sussistono situazioni di incompatibilità con i candidati e devono essere determinati i criteri per la valutazione dei titoli prodotti dai concorrenti;
- F) pubblicazione nella Gazzetta ufficiale del diario della prova scritta, almeno 15 giorni prima del suo espletamento;
  - G) svolgimento della prova scritta secondo quanto disposto dal [D.P.R. n. 483/1997](#);
  - H) valutazione, da parte, della Commissione giudicatrice, dei titoli prodotti dai soli candidati presenti alla prova scritta;
  - I) valutazione, da parte della Commissione giudicatrice della prova scritta;
  - J) svolgimento della prova pratica, secondo le disposizioni del [D.P.R. n. 483/1997](#) e valutazione della stessa <sup>41</sup>;
  - K) svolgimento e valutazione della prova orale, secondo quanto previsto dal [D.P.R. n. 483/1997](#);
  - L) formulazione da parte della Commissione giudicatrice della graduatoria di merito dei candidati risultati idonei in tutte le prove. La graduatoria viene formulata sulla base della somma dei voti riportati dai candidati nella valutazione dei titoli e delle singole prove di esame;
  - M) trasmissione della graduatoria finale, da parte della Commissione, all'amministrazione aziendale per i provvedimenti consequenziali.

La graduatoria dei vincitori è pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione e rimane valida per diciotto mesi dalla data di pubblicazione per la eventuale copertura di posti per i quali il concorso è stato bandito, nonché per quelli che successivamente ed entro tale data dovessero rendersi disponibili.

**3.2. - 11 contratto individuale di lavoro.** - La stipulazione del contratto individuale di lavoro è divenuto, a seguito della cd. "privatizzazione del pubblico impiego", il momento di inizio di ogni rapporto di lavoro della Dirigenza, sia a tempo determinato sia a tempo indeterminato, e costituisce l'ultima fase di un procedimento attivato dall'azienda sanitaria per accertare nel futuro Dirigente aziendale non solo la sussistenza dei requisiti generali e specifici richiesti dalla legge per ricoprire quel determinato posto, ma anche la capacità professionale necessaria per svolgere idoneamente le funzioni per le quali è stato selezionato.

In precedenza, il rapporto di lavoro si instaurava con l'atto - di natura autoritativa - di nomina del Dirigente (deliberazione del Direttore generale aziendale), per cui oggi il contratto individuale di lavoro, che notoriamente costituisce un atto bilaterale che si perfeziona contestualmente alla sottoscrizione del-

Ricordiamo che l'art. 36 ter del D.L.vo n. 29/1993 - nel testo introdotto dall'art. 13 del D.L.vo n. 387/1998 - stabilisce che, a decorrere dal 1 gennaio 2000, i bandi di concorso per l'accesso alle Pubbliche Amministrazioni (ivi compresi quindi, le aziende e gli enti del S.S.N.) debbano prevedere l'accertamento della conoscenza delle apparecchiature e delle applicazioni informatiche più diffuse e di almeno una lingua straniera.

le due Parti contraenti (legale rappresentante aziendale e Dirigente), sostituisce il citato atto unilaterale dell'amministrazione, alla stessa stregua di quanto accade nel mondo lavorativo privato.

Una volta terminate le procedure di selezione dei Dirigenti - secondo quanto dispongono i [DD.PP.RR. nn. 483](#) e 484 del 1997 per i rapporti di lavoro a tempo indeterminato, ovvero le disposizioni contrattuali (art. 16 CCNL 5 dicembre 1996/5 agosto 1997) e l'art. 15 septies del D.L.vo n. 229/1999 per i rapporti di lavoro a tempo determinato - l'azienda sanitaria predispone lo schema contrattuale che deve essere sottoscritto dai due soggetti del rapporto: l'azienda sanitaria da un lato e il Dirigente dall'altro. Prima della stipulazione del contratto, peraltro, l'azienda sanitaria invita il Dirigente interessato a produrre la documentazione prescritta dalla normativa vigente, assegnandogli un termine non inferiore a 30 giorni, trascorso inutilmente il quale, l'azienda comunica di non dar luogo alla stipula in questione.

Quanto alla sottoscrizione, se il Dirigente deve necessariamente firmare il contratto in prima persona, l'amministrazione aziendale può essere rappresentata in questa operazione anche da un soggetto diverso dal legale rappresentante dell'ente (il Direttore generale), purchè da questi a ciò delegato con atto formale; l'atto di delegazione può essere generale - ad esempio, il Dirigente preposto alla gestione delle risorse umane è delegato dall'amministrazione aziendale a sottoscrivere tutti o parte dei contratti individuali di lavoro del personale - o specifica, per quel determinato o per quei determinati Dirigenti. In ogni caso, quando il contratto individuale di lavoro non è sottoscritto dal legale rappresentante dell'azienda ma da altro Dirigente, il contratto stesso deve contenere un espresso richiamo all'atto di delega del Direttore generale.

Quanto alla forma contrattuale, questa deve essere scritta a pena di nullità (art. 13, comma 4, del vigente CCNL).

Il contratto individuale di lavoro della Dirigenza medico/veterinaria è regolato da disposizioni di legge, dalle normative comunitarie e dalle disposizioni del CCNL; in ogni caso, il contratto deve contenere le seguenti indicazioni, le quali sono differenti a seconda della tipologia di rapporto (determinato o indeterminato).

A) Nel caso di **rapporto di lavoro a tempo indeterminato**: 1) la tipologia del rapporto di lavoro: a tempo indeterminato; 2) la data di inizio del rapporto di lavoro, che deve coincidere con la data di inizio delle prestazioni lavorative; 3) l'area e la *disciplina di appartenenza*; 4) l'incarico dirigenziale conferito e relativa tipologia (direzioni di struttura complessa, direzioni di struttura semplice con o senza autonomia gestionale, incarichi di natura professionale anche se conferibili a Dirigenti con meno di cinque anni di servizio o di alta specializzazione, incarichi di consulenza, incarichi di studio e ricerca, incarichi ispettivi, incarichi di verifica e controllo), gli obiettivi generali da conseguire, la durata dell'incarico stesso che è sempre a termine, le modalità di effettuazione delle verifiche, va-

lutazioni e i soggetti deputati alle stesse; 5) il *trattamento economico complessivo* corrispondente al rapporto di lavoro ed all'incarico conferito, costituito dalle voci del: a) trattamento fondamentale (stipendio tabellare; indennità integrativa speciale; retribuzione individuale di anzianità, ove acquisita; indennità di specificità medica; retribuzione di posizione minima, di parte fissa e variabile, prevista dalla Tab. 1 del precedente contratto; assegno personale, ove spettante; assegno per il nucleo familiare, ove spettante); b) trattamento accessorio, ove spettante (retribuzione di posizione, parte variabile, eccedente il minimo contrattuale, sulla base della graduazione delle funzioni; retribuzione di risultato; retribuzione legata alle particolari condizioni di lavoro; specifico trattamento economico, quale assegno personale ai sensi dell'art. 38, comma 3 vigente CCNL; indennità di incarico di struttura complessa); 6) la misura spettante *dell'indennità di esclusività del rapporto*; 7) la *durata del periodo di prova* previsto, ovvero l'esonero dal periodo di prova nei casi prestabiliti; 8) la sede di *destinazione*;

B) Nel caso di **rapporto di lavoro a tempo determinato**: 1) la *tipologia del rapporto di lavoro*: "a tempo determinato" ovvero "a termine"; 2) la *data di inizio del rapporto di lavoro*, che deve coincidere con l'inizio delle prestazioni lavorative, e la *data finale del rapporto*. Nel caso in cui il rapporto di lavoro sia causato dalla sostituzione di un Dirigente assente con diritto alla conservazione del posto (es. maternità, incarico di Direttore generale o Direttore sanitario di altra azienda, ecc.), il contratto individuale deve indicare il nominativo del Dirigente sostituito, il titolo della sostituzione e la clausola specifica per cui il rapporto di lavoro può terminare anche prima della scadenza prevista con il ritorno in servizio del Dirigente sostituito; 3) *l'area e la disciplina di appartenenza*; 4) *l'incarico dirigenziale conferito e relativa tipologia* (direzione di struttura complessa, direzione di struttura semplice con o senza autonomia gestionale, incarichi di natura professionale anche se conferibili a Dirigenti con meno di cinque anni di servizio o di alta specializzazione, incarichi di consulenza, incarichi di studio e ricerca, incarichi ispettivi, incarichi di verifica e controllo), gli obiettivi generali da conseguire, la durata dell'incarico stesso che è sempre a termine, le modalità di effettuazione delle verifiche, valutazioni e i soggetti deputati alle stesse; 5) il *trattamento economico complessivo* corrispondente al rapporto di lavoro ed incarico conferito, costituito dalle voci del: a) trattamento fondamentale (stipendio tabellare; indennità integrativa speciale; retribuzione individuale di anzianità, ove acquisita; indennità di specificità medica; retribuzione di posizione minima, di parte fissa e variabile, prevista dalla Tab. 1 del precedente contratto; assegno personale, ove spettante; assegno per il nucleo familiare, ove spettante); b) trattamento accessorio, ove spettante (retribuzione di posizione, **parte**

variabile, eccedente il minimo contrattuale, sulla base della graduazione delle funzioni; retribuzione di risultato; retribuzione legata alle particolari condizioni di lavoro; specifico trattamento economico, quale assegno personale ai sensi dell'art. 38, comma 3 vigente CCNL; indennità di incarico di struttura complessa); 6) la misura spettante *dell'indennità di esclusività del rapporto*; 7) la *sede di destinazione*.

Entrambe le tipologie di contratti devono specificare che il rapporto di lavoro è regolato dai CCNL nel tempo vigenti anche per quanto riguarda le clausole di risoluzione e i relativi termini di preavviso. Sono, comunque, immediatamente risolutivi del rapporto di lavoro gli eventuali provvedimenti di annullamento - giurisdizionali o d'ufficio - delle procedure concorsuali o delle procedure selettive che ne costituiscono il presupposto, anche se sono fatti salvi gli effetti economici derivanti dal rapporto di lavoro prestato fino al momento della risoluzione. Costituisce egualmente causa di risoluzione immediata del rapporto di lavoro - e conseguentemente del relativo contratto - l'accertamento del mancato possesso da parte del Dirigente dei requisiti di legge: es. produzione di documenti falsi, ecc..

Per i contratti individuali di lavoro stipulati in data successiva al 31 dicembre 1998, è imposto l'inserimento della clausola di esclusività del rapporto di lavoro, la cui mancata sottoscrizione impedisce di dar luogo alla stipulazione del contratto. In funzione di quanto sopra, il Dirigente interessato, sotto la sua personale responsabilità, deve dichiarare - fatto salvo quanto previsto in tema di aspettativa per assunzione con rapporto di lavoro o incarico a tempo determinato presso la stessa o altra azienda del S.S.N. o altri organismi della U.E. (v. infra, par. 7) - di non avere altri rapporti di impiego, pubblici o privati, e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 58 D.L.vo n. 29/1993, dalla legge n. 662/1996 e dall'art. 72 della legge n. 448/1998. In ogni caso, qualora l'azienda abbia stipulato con il Dirigente interessato, nel periodo compreso tra il 1° gennaio/30 luglio 1999, il contratto individuale senza l'inserimento della clausola di cui sopra, agli effetti della facoltà di opzione riconosciuta al Dirigente, si applica il dettato dell'art. 15 CCNL (v. infra, par.2.2.).

Il contratto individuale di lavoro deve necessariamente essere stipulato in tutti i casi nei quali viene conferito un incarico di struttura complessa - sia essa una unità operativa complessa o un Dipartimento o un Distretto sociosanitario - anche se il Dirigente è già in servizio presso l'azienda sanitaria; egualmente si dà luogo alla stipula del contratto in questione nell'ipotesi in cui l'incarico di Direttore di Distretto sociosanitario sia conferito dal Direttore generale aziendale ad un medico convenzionato da almeno dieci anni.

Nel corso del rapporto di lavoro, la modifica di uno degli aspetti del contratto individuale - salvo il caso del conferimento dell'incarico di struttura complessa di cui sopra a un Dirigente aziendale - deve essere preventivamente comunicata al Dirigente interessato per il relativo esplicito assenso; sempre previo

esplicito interesse, devono essere apportate le necessarie modifiche al contratto individuale di lavoro nel caso di Dirigenti neo assunti, una volta trascorso il periodo di prova, per quanto concerne le ulteriori specificazioni concernenti l'incarico ad essi conferito (v. infra, Cap. VIII).

Una disposizione di carattere particolare - ormai comune a tutti i contratti collettivi dei vari Comparti della PA. - pone l'espresso divieto alle aziende sanitarie di non introdurre nei contratti individuali clausole peggiorative del CCNL o in contrasto con norme di legge.

**3.3. - Il periodo di prova.** - L'istituto del periodo di prova - quale disciplinato dal precedente CCNL-è stato rivisitato in relazione all'istituzione del ruolo e livello unico della Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N.. Di conseguenza, al periodo di prova, la cui durata è fissata tassativamente in sei mesi di effettivo servizio prestato, sono soggetti tutti i Dirigenti neo assunti ovvero i Dirigenti che - già Dirigenti della stessa o di altra azienda o ente del Servizio - a seguito di pubblico concorso cambino area o disciplina di appartenenza: [es. i](#) Dirigente medico dell'area medica e delle specialità mediche che concorre per Dirigente medico dell'area di sanità pubblica, ovvero il Dirigente medico di urologia che concorre nella medesima area chirurgica e delle specialità chirurgiche, per Dirigente medico di neurochirurgia.

I Dirigenti medici o veterinari - che abbiano superato il periodo di prova nella medesima qualifica e disciplina in altra azienda o ente del S.S.N. - possono essere esonerati dall'effettuazione del periodo di prova; sono esonerati dal periodo di prova per la medesima disciplina i Dirigenti la cui qualifica sia stata unificata, in attuazione delle disposizioni dell'art. 18 D.L.vo n. 502/1992, in applicazione dell'istituzione del ruolo e livello unico della Dirigenza medico/veterinaria del Servizio.

Il periodo di prova viene sospeso:

- a) in caso di assenza per malattia. In tal caso il Dirigente ha diritto alla conservazione del posto per un periodo massimo pari alla durata della prova, decorso il quale il rapporto di impiego può essere risolto. L'adozione del provvedimento di risoluzione del rapporto - nel caso di specie - non è un atto necessario ma rientra nei poteri discrezionali della Direzione generale dell'azienda sanitaria datore di lavoro; nel caso, invece, che l'assenza dipenda da infortunio sul lavoro o da malattia derivante da causa di servizio (e qui dovrebbero essere ricomprese le eventuali malattie professionali), il Dirigente ha diritto alla conservazione del posto fino alla guarigione clinica e, comunque, non oltre il periodo previsto dal CCNL precedente (artt. 24 e 25), ossia fino a diciotto mesi prorogabili, eventualmente e ove ne ricorrano le condizioni, per altri diciotto mesi;
- b) negli altri casi previsti espressamente previsti dalla legge o dai regolamenti vigenti: es. maternità, servizio militare, mandato parlamentare, ecc..

Le assenze riconosciute quali causa di sospensione del periodo di prova sono

soggette allo stesso trattamento economico previsto per i Dirigenti non in prova.

Il vigente CCNL (art. 14) conferma la norma già presente nell'art. 15 del contratto precedente, in materia di recesso dal rapporto di impiego delle due Parti contrattuali una volta trascorsa almeno la metà del periodo di prova (tre mesi); il recesso può essere invocato in qualsiasi momento senza obbligo di preavviso né di indennità sostitutiva di essa, salve le ipotesi già descritte di sospensione del periodo di prova medesimo. Il recesso diviene esecutivo e produce i suoi effetti dal momento della comunicazione alla controparte; ovviamente, il momento operativo dell'istituto è quello del ricevimento (o altro stato previsto dalla legge) della comunicazione del recesso dalla controparte.

Qualora il recesso dal rapporto di lavoro sia invocato dall'azienda sanitaria, la comunicazione di esso al Dirigente deve essere idoneamente motivata.

Il periodo di prova non può essere rinnovato alla scadenza - così come accadeva in passato - per cui, decorso il periodo previsto (sei mesi di effettivo servizio) senza che il rapporto di impiego sia stato risolto, il Dirigente si intende automaticamente confermato in servizio con il conseguente riconoscimento, a tutti gli effetti, dell'anzianità dal giorno dell'assunzione.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro per qualsiasi causa, il trattamento retributivo viene corrisposto al Dirigente fino all'ultimo giorno di effettivo servizio; inoltre, gli spettano: a) la retribuzione corrispondente alle giornate di ferie maturate e non godute per esigenze di servizio; b) i ratei di tredicesima mensilità maturati; c) il trattamento di fine rapporto maturato.

Il periodo di prova non è previsto per i Direttori di struttura complessa ai quali sia stato conferito il relativo incarico a seguito del procedimento selettivo pubblico regolato dal [D.P.R. n. 484/1997](#), in quanto non ritenuto necessario; in fatti, l'operato del Dirigente in questione è soggetto ad una serie di verifiche da parte dell'azienda sanitaria e, per questa, da due organismi specifici (Collegio tecnico e Nucleo di valutazione): a) a verifica annuale, per quanto riguarda i risultati della gestione della struttura della quale è titolare; b) a verifica triennale, come qualsiasi altro Dirigente medico o veterinario, per le attività professionali svolte ed i risultati raggiunti; c) a verifica al termine dell'incarico (quinquennale/settennale) per l'eventuale rinnovo di esso (v. infra, Cap. IX).

**4. - Il codice di comportamento.** - Nello svolgimento delle sue prestazioni di servizio, il Dirigente medico o veterinario del S.S.N. deve attenersi, al pari di tutti gli altri pubblici dipendenti, ad un comportamento ispirato al buon andamento, all'efficienza e alla imparzialità del servizio; ovviamente, queste specificazioni sono da considerarsi integrative di quelle tecnico/professionali e deontologiche insite nell'esercizio professionale in ambito aziendale. Anche se, per i Dirigenti, il codice di comportamento assume una rilevanza minore di quella che riveste per il rimanente personale del comparto: infatti, sin dal CCNL precedente, i Dirigenti non sono soggetti alle cd. "sanzioni conservative" per

cui eventuali contravvenzioni alle norme comportamentali in esso indicate non possono tecnicamente sfociare in procedimenti disciplinari.

I principi che devono ispirare il comportamento del Dirigente nell'attività di servizio trovano conferma nel cd. "codice di comportamento", introdotto nel nostro ordinamento del pubblico impiego dall'art. 58 bis del D.L.vo n. 29/1993, nel testo novellato dall'art. 27 del D.L.vo 31 marzo 1998, n. 80. Tale strumento giuridico - definendo una serie di limiti all'esercizio del servizio da parte dei Dirigenti - si prefigge di assicurare la qualità dei servizi che l'amministrazione deve assicurare alla collettività servita, per cui si può rilevare come alcuni dei doveri imposti dal codice di comportamento superano quei doveri generici di diligenza e fedeltà nei confronti del datore di lavoro stabiliti dagli artt. 2104 e 2105 c.c. che caratterizzano il lavoro subordinato.

Chiaramente, il codice di comportamento costituisce una esemplificazione di comportamenti ideali, astratti, i quali non possono incidere sul rapporto di lavoro in alcun modo; del resto, se i comportamenti stabiliti nel codice possono comportare una qualche conseguenza sul piano disciplinare - semprechè siano stati recepiti, come da contratto collettivo, nel codice disciplinare di ogni azienda - per il personale del comparto sanità, nei confronti della Dirigenza, invece, nulla possono, atteso che il sistema, come già accennato, ha eliminato le sanzioni disciplinari nei confronti di essa, non ritenendo collegabile un illecito disciplinare all'attività dai pubblici Dirigenti i quali svolgono una funzione politica di gestione della cosa pubblica.

Il citato art. 58 bis del D.L.vo n. 29/1993 prevede, in ordine all'argomento, un sistema articolato sulla definizione da parte del Dipartimento della funzione pubblica di un Codice di comportamento per tutti i dipendenti della P.A., da pubblicarsi nella Gazzetta ufficiale e da consegnarsi al Dirigente all'atto della assunzione - a nostro avviso la consegna del documento dovrebbe avvenire all'atto della sottoscrizione del contratto individuale di lavoro - ed una serie di codici di comportamento specifici per ciascuna P.A.; al tempo stesso, le pubbliche amministrazioni sono tenute ad organizzare attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione dei codici di comportamento. Il provvedimento di approvazione del vigente codice - che nelle intenzioni del legislatore avrebbe dovuto anche essere aggiornato, soprattutto dopo che la norma di base (art. 58 bis) è stata modificata nel 1998 - è stato il D.M. 31 marzo 1994.

Con particolare riguardo al settore sanitario, dobbiamo ricordare che anche la Carta dei servizi pubblici sanitari - il cui schema è stato approvato a suo tempo con D.P.C.M. 19 maggio 1995, provvedimento che dovrà essere quanto prima sostituito ai sensi dell'art. 11 del D.L.vo n. 286/1999 - introduce una serie di doveri in ordine ai comportamenti che il personale di assistenza sociosanitaria, sia appartenente alle aree dirigenziali, sia appartenente al comparto, deve tenere nell'esercizio della sua attività professionale in ambito aziendale, soprattutto nel rispetto delle esigenze dell'utente.

Secondo quanto stabilisce il Codice di comportamento vigente (D.M. 31 marzo 1994), il Dirigente medico o veterinario del S.S.N. deve:

- 1) tenere un comportamento tale da stabilire un rapporto di fiducia e di collaborazione tra il cittadino/utente e l'amministrazione aziendale;
- 2) conformare la sua condotta al dovere costituzionale di servire esclusivamente la Nazione con disciplina ed onore, rispettando i principi di buon andamento, efficienza ed imparzialità dell'amministrazione;
- 3) anteporre, nell'espletamento dei propri compiti, il rispetto della legge e l'interesse pubblico agli interessi privati propri ed altrui;
- 4) ispirare le proprie decisioni ed i propri comportamenti alla cura dell'interesse pubblico che gli è stato affidato;
- 5) dedicare, nel rispetto dell'orario di servizio, la giusta quantità di tempo e di energie allo svolgimento dei propri compiti, impegnarsi a svolgerli nel modo più semplice ed efficiente nell'interesse dei cittadini ed assumere le relative responsabilità;
- 6) utilizzare e custodire con cura i beni dei quali ha la disponibilità per ragioni del suo ufficio;
- 7) non utilizzare a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio;
- 8) mantenere una posizione di dipendenza, al fine di evitare di prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni, anche solo apparenti, di conflitto di interessi;
- 9) dimostrare, nei rapporti con il cittadino/utente, la massima disponibilità e non ostacolarne l'esercizio dei diritti;
- 10) favorire l'accesso del cittadino/utente alle informazioni delle quali abbia diritto e, nei limiti in cui ciò non sia vietato, fornirgli tutte le notizie e informazioni necessarie per una sua valutazione delle decisioni dell'azienda sanitaria e dei comportamenti dei dipendenti;
- 11) impegnarsi, nella vita sociale, ad evitare situazioni e comportamenti che possano nuocere agli interessi e/o all'immagine dell'azienda sanitaria;
- 12) astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere, direttamente o indirettamente, interessi finanziari o di altra natura, propri, di parenti e/o conviventi;
- 13) astenersi dallo svolgere qualsiasi attività che contrasti con il corretto adempimento delle sue mansioni;
- 14) assicurare, nell'adempimento della prestazione lavorativa, parità di trattamento tra i cittadini/utenti che vengono in contatto con l'azienda sanitaria.

Dall'esame dei casi sopraelencati, ci sembra evidente che il provvedimento si sia limitato ad enunciare principi astratti, di carattere generale, in un'ampia visione dei comportamenti che il Dirigente dovrebbe tenere, nelle occasioni lavorative e non, che gli si possono presentare; a tale proposito dobbiamo conclude-

re per una non obbligatorietà assoluta di tali comportamenti, tranne nelle ipotesi, molto più realistiche, di una previsione normativa o contrattuale delle situazioni reali ed oggettive che si possono verificare. Tanto più che, come già accennato, il Dirigente non è soggetto al potere disciplinare della sua amministrazione aziendale se non per il recesso per giusta causa; e non ci sembra che la contravvenzione ai comportamenti suddetti da parte di un Dirigente possa comportare, da parte dell'azienda sanitaria, l'attivazione di provvedimenti di tale natura.

**5. - L'orario di lavoro dei Dirigenti.** - Il vigente CCNL della Dirigenza medica e veterinaria affronta il problema dell'orario di lavoro dei Dirigenti in due articoli diversi, rispettivamente gli artt. 16 e 17, in relazione al personale cui si riferisce: i Dirigenti e i Direttori di struttura complessa; anche noi, quindi, tratteremo in modo differenziato l'argomento. L'impostazione seguita dal contratto, quindi, è completamente differente da quella del CCNL precedente, il quale affrontava separatamente - rispettivamente negli artt. 17 e 18 - l'orario di lavoro dei Dirigenti medici (di I° e di II° livello) e l'orario di lavoro dei Dirigenti veterinari (di I° e di II\* livello); il vigente contratto disciplina l'orario di lavoro dei Dirigenti predetti non in relazione al ruolo ricoperto, medici o veterinari, bensì in relazione alla funzione svolta dalla Dirigenza.

Innanzitutto va premesso, con le eccezioni che vedremo, che per tutti i Dirigenti medici e veterinari - qualunque sia l'incarico ricoperto - l'orario settimanale è confermato in 38 ore, delle quali quattro ore sono destinate ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento professionale, la partecipazione ad attività didattica, la ricerca finalizzata, ecc..

Infatti, il CCNL (art. 44) - in attuazione della disposizione contenuta nel comma 3 dell'art. 15 bis del D.L.vo n. 229/1999, che dichiara la soppressione dei rapporti di lavoro a tempo definito per la Dirigenza sanitaria, rinviando alla contrattazione collettiva le modalità di regolarizzazione dei relativi rapporti di lavoro - procede alla soppressione dei rapporti di lavoro definito ed altri similari dei Dirigenti medici già di I° e II° livello, stabilendo al contempo una serie di procedure (v. infra, par. 16.1.) per dare completa attuazione all'operazione di riconduzione di tale personale Dirigente ad un unico ed uniforme rapporto di lavoro, non solo per il livello unico ma anche per quanto riguarda l'orario di lavoro, così come era stato già ipotizzato dal precedente CCNL: artt. 17, 42 e 72.

Quanto alle eccezioni al debito orario settimanale delle 38 ore, ricordiamo i principi che regolano la materia in generale, ossia le riduzioni di orario valide per tutti i pubblici dipendenti:

A) rapporto di lavoro part-time: anche se questa tipologia di rapporto non dovrebbe investire la Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N., non dobbiamo dimenticare che nell'art. 64 del CCNL vigente le Parti contrattuali concordano sulla necessità ed urgenza di affrontare il problema dell'utilizzazione di tale istituto esclusivamente in quelle ipotesi nelle quali ri-

sulla comprovata una particolare esigenza familiare o sociale, fermo restando il principio del rapporto di lavoro esclusivo, con sospensione provvisoria dell'eventuale esercizio libero/professionale svolto dal Dirigente;

B) riduzione dell'orario per maternità, secondo le disposizioni di legge.

In considerazione del fatto che alcuni istituti contrattuali, disciplinati dal precedente CCNL per la parte in cui non sono stati dichiarati disapplicabili dal contratto vigente, incidono sull'orario di lavoro o sono a questo strettamente collegati, riteniamo opportuno affrontare in questo ambito i seguenti istituti: il servizio di guardia, la pronta disponibilità e il lavoro straordinario, anche se lo svolgimento di questo è vietato alla Dirigenza, in tutti i casi nei quali è eccezionalmente autorizzato.

**5.1. - L'orario di lavoro dei Dirigenti medici e veterinari.** - Il Dirigente medico non dovrebbe sottostare a limiti di orario fissi, ma modulare l'orario flessibilmente in base alle esigenze di svolgimento dell'incarico dirigenziale affidatogli e dell'unità operativa alla quale è assegnato.

Tuttavia l'assegnazione dell'orario di lavoro per i Dirigenti medici, a norma dell'art. 16 del vigente CCNL, nasce dall'esigenza di tutelare praticamente i Dirigenti medesimi, in quanto costituisce la certificazione oggettiva del servizio prestato.

Ne deriva che l'orario settimanale può avere articolazioni rigide e che la flessibilità oraria deve trovare compensazione nel conto complessivo delle ore di servizio prestate mensilmente.

I volumi prestazionali richiesti all'équipe ed i relativi tempi di attesa massimi per la fruizione delle prestazioni stesse vengono definiti, secondo le procedure stabilite nell'art. 65, comma 6, del precedente CCNL, nell'assegnazione degli obiettivi annuali ai Dirigenti di ciascuna unità operativa, stabilendo la previsione oraria per la realizzazione di detti programmi; a tal proposito, si rileva che, a differenza del precedente contratto, l'impegno di servizio necessario per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali debba essere negoziato (art. 16, comma 1, vigente CCNL). Quanto alle procedure del citato art. 65 del precedente CCNL, la norma in esame si esprime nel senso che "gli obiettivi, preventivamente illustrati dal Dirigente responsabile dell'articolazione aziendale (struttura operativa complessa o struttura semplice con autonomia gestionale), sono assegnati formalmente a tutti i Dirigenti dell'unità operativa secondo la tipologia degli incarichi conferiti a ciascuno di essi..... con l'indicazione dell'incentivo economico connesso".

Il debito orario delle 38 ore settimanali deve servire ad assicurare il mantenimento del livello di efficienza raggiunto dai servizi sanitari e a favorire lo svolgimento delle attività gestionali e/o professionali collegate a ciascun incarico affidato e conseguenti agli obiettivi di *budget* negoziati a livello aziendale, nonché quello dello svolgimento dell'attività didattica, di ricerca finalizzata e di aggiornamento.

Come già accennato, nel debito orario settimanale sono comprese anche quattro ore riservate per attività non assistenziale, individuata come attività destinata all'aggiornamento professionale (v. infra, Cap. XIV°), alla partecipazione ad attività didattiche, ricerca ed aggiornamento; per i Dirigenti rimasti con rapporto di lavoro ad esaurimento (v. infra, par. 16.1.) le ore destinate all'aggiornamento sono dimezzate. In entrambi i casi, tale riserva di ore, non rientrando nella normale attività assistenziale:

- 1) non può essere oggetto di separata ed aggiuntiva retribuzione;
- 2) deve essere utilizzata, di norma, con cadenza settimanale ma, anche per particolari esigenze di servizio, può essere cumulata in ragione di anno per impieghi come sopra specificati ovvero, infine, utilizzata anche per l'aggiornamento facoltativo in aggiunta alle assenze previste dall'art. 23, primo comma, primo alinea, del CCNL precedente: a) partecipazione a concorsi o esami, limitatamente ai giorni di svolgimento delle prove; b) partecipazione a convegni e congressi; c) partecipazione a corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazione professionale facoltativi, connessi all'attività di servizio;
- 3) tale riserva oraria deve essere resa compatibile con le esigenze funzionali della struttura di appartenenza e non può, in nessun caso, costituire una mera riduzione dell'orario di lavoro.

La presenza del Dirigente medico nei servizi ospedalieri delle aziende - e, quindi, tanto nei presidi ospedalieri delle AA.SS.LL. quanto nelle aziende ospedaliere-ed in particolari servizi territoriali, individuati in sede aziendale previa concertazione con le rappresentanze sindacali interne, deve essere assicurata nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana mediante una opportuna programmazione ed una funzionale e preventiva articolazione degli orari e dei turni di guardia, così come stabilito dall'art. 19 del precedente CCNL (v. infra, par 5.3). Mediante l'articolazione del normale orario di lavoro nell'arco delle dodici ore di servizio diurne, la presenza medica deve far fronte alle esigenze ordinarie ed emergenziali che avvengano nel medesimo periodo orario; l'azienda sanitaria, inoltre, deve individuare gli altri servizi nei quali la presenza medica debba essere garantita nell'arco delle 24 ore; la procedura da seguire prevede la concertazione con le OO.SS. interne. Tutti i Dirigenti medici - indipendentemente dall'esclusività del rapporto di lavoro - sono tenuti ad assicurare i servizi di guardia e di pronta disponibilità.

Ad analoga disciplina è soggetta la presenza veterinaria nei relativi servizi. Così, la presenza del Dirigente veterinario deve essere assicurata nell'arco delle dodici ore diurne feriali per sei giorni alla settimana, mediante una opportuna ed idonea programmazione ed una funzionale e preventiva articolazione degli orari, individuata in sede aziendale previa concertazione con le OO.SS. interne. Questa articolazione del normale orario di lavoro nell'arco delle dodici ore di servizio diurne deve consentire una presenza medico veterinaria idonea a far

fronte alle esigenze ordinarie e di emergenza che avvengono nel medesimo periodo orario. Nelle ore notturne e nei giorni festivi le emergenze vengono assicurate mediante l'istituto della pronta disponibilità (v. infra, par. 5.4.), fatte salve, ovviamente, eventuali altre necessità da individuare in sede aziendale da concordare (concertazione) con le OO.SS. interne. Tutti i Dirigenti veterinari sono tenuti ad assicurare i servizi di pronta disponibilità.

5.2. - L'orario di lavoro dei Direttori di struttura complessa. - Per disposizione contrattuale, i Direttori di struttura complessa, nel quadro generale dell'organizzazione aziendale, assicurano la propria presenza in servizio ed organizzano il proprio tempo di lavoro articolando in modo flessibile il relativo orario per correlarlo alle esigenze della struttura alla quale sono preposti, all'espletamento dell'incarico affidato loro, in relazione agli obiettivi e programmi annuali da realizzare assegnati loro dalla Direzione strategica aziendale, nonché per lo svolgimento delle attività di aggiornamento. Didattica e ricerca finalizzata.

Da un confronto delle due disposizioni contrattuali che riguardano l'orario di lavoro delle due tipologie di Dirigenza (Dirigente unico e Direttore di struttura complessa) si evince agevolmente che il CCNL le ha differenziate in relazione all'orario, sia pure dichiarando una certa qual flessibilità all'impegno di servizio di entrambe. Infatti, il Direttore di struttura complessa, proprio per la responsabilità che gli deriva dall'incarico ricoperto, deve rispondere degli obiettivi e dei programmi che sono stati assegnati annualmente alla struttura affidata alla sua responsabilità dalla Direzione generale e, di conseguenza, è autorizzato, a suo insindacabile giudizio, a strutturare il suo tempo/lavoro, che è sempre di 38 ore settimanali, in funzione di quanto sopra; è altrettanto evidente che egli risponderà in prima persona - con i risultati raggiunti - dell'articolazione dell'orario di lavoro che si è autonomamente imposto. I Dirigenti assegnati alle diverse strutture, invece, devono ovviamente rispettare anche gli orari operativi delle strutture nelle quali prestano servizio.

5.3. - Il servizio di guardia. - Il servizio di guardia ha costituito, da sempre, un istituto contrattuale tipico e caratterizzante della sola Dirigenza medica, anche se negli ultimi tempi alcune disposizioni contrattuali lo consentono, sia pure in via eccezionale rispetto alla regola, ad altri ruoli o aree dirigenziali: Dirigenti veterinari e Dirigenza sanitaria in genere, in relazione alla loro collocazione nelle strutture operative aziendali; quanto alla Dirigenza sanitaria non medica, il relativo CCNL (art. 18 contratto 5 dicembre 1996, tuttora in vigore) prevede che il servizio di guardia debba essere procedurizzato, ove previsto, per disciplina.

Il servizio di guardia consiste nell'assicurare nelle ore notturne e nei giorni festivi le emergenze dei servizi assistenziali ospedalieri, nei quali la presenza medica deve essere assicurata comunque nell'arco delle 24 ore, mediante:

A) il Dipartimento di emergenza, se istituito, eventualmente integrato, ove

necessario, da altri servizi di guardia e/o di pronta disponibilità;

B) la guardia medica divisionale, interdivisionale e dei servizi speciali di diagnosi e cura.

Nei servizi territoriali, invece, l'azienda, d'intesa con le OO.SS. interne, deve individuare le strutture nelle quali la presenza medica deve essere assicurata mediante una turnazione per la copertura dell'intero arco delle 24 ore. La copertura dei turni in questione sarà garantita mediante l'articolazione degli orari del normale lavoro dei Dirigenti medici e con il servizio di guardia.

Ne discende che in tutti i presidi ospedalieri delle AA.SSIL. e nelle aziende ospedaliere è obbligatorio prevedere ed attivare il servizio di guardia, mentre nelle strutture territoriali il servizio di guardia non è necessario, tranne nei casi - concordati tra azienda sanitaria e sindacati interni - in cui emergano esigenze assistenziali affrontabili solo con tale istituto contrattuale. Quanto alle relazioni con le organizzazioni sindacali interne per determinare i servizi territoriali nei quali attivare il servizio di guardia, queste si concretizzano nella informazione da parte dell'azienda e alla eventuale richiesta di incontro da parte sindacale per discutere il problema.

Tutti i Dirigenti medici (ex primo livello), a prescindere dall'esclusività del rapporto, sono tenuti ad assicurare i servizi di guardia. Non possono svolgere servizio di guardia i Direttori di struttura complessa, salvo i casi eccezionali che eventualmente possono presentarsi.

La guardia medica è svolta durante il normale orario di lavoro e può essere assicurata anche mediante ricorso ad ore di lavoro straordinario (v. infra, par. 5.5.) o con recupero orario.

Per quanto concerne i Servizi veterinari, il CCNL non prevede il servizio di guardia, in quanto eventuali emergenze non prevedibili dovrebbero essere sopperite con l'istituto della pronta disponibilità; il che non esclude che in casi eccezionali - es. ambulatorio del canile pubblico aperto nell'arco delle 24 ore - d'intesa con le OO.SS. interne l'azienda non possa istituire il servizio di guardia veterinaria.

Per la contrattazione decentrata ed il sistema delle relazioni sindacali, il servizio di guardia rientra nelle materie che l'art. 6 CCNL attribuisce agli istituti contrattuali finalizzati alla realizzazione della partecipazione (informazione e concertazione).

5.4. - La pronta disponibilità. - L'istituto contrattuale della pronta disponibilità, invece, è aperto alla partecipazione di tutta la Dirigenza sanitaria, medica e non medica, in relazione alle esigenze delle singole strutture operative, sia pure con le differenziazioni relative al ruolo dirigenziale; in determinati casi, peraltro, il servizio di pronta disponibilità può essere articolato con l'intervento, a rotazione, di diversi profili dirigenziali: es. nei Servizi di laboratorio ospedalieri possono turnare in pronta disponibilità professionalità diverse, quali medici, biologi e chimici. L'istituto è tuttora disciplinato dall'art. 20 del precedente CCNL,

norma non dichiarata disapplicabile dal contratto vigente ed è preordinato ad assolvere solo improcrastinabili e straordinarie esigenze assistenziali'.

Il servizio di pronta disponibilità si caratterizza per l'immediata reperibilità del Dirigente e per il conseguente obbligo per quest'ultimo di raggiungere la struttura nei tempi concordati tra l'azienda sanitaria e le rappresentanze sindacali interne, nell'ambito del piano annuale adottato dall'azienda per affrontare le situazioni di emergenza in relazione alla dotazione organica e all'assetto organizzativo aziendale.

Il numero dei Dirigenti investiti dell'obbligo della pronta disponibilità deve essere indicato dal piano annuale predetto e calcolato in modo strettamente necessario a soddisfare le esigenze funzionali delle unità operative con attività continua; i Dirigenti in questione debbono essere, di regola, in servizio presso le medesime strutture, ma, previ accordi con i sindacati aziendali, possono essere individuate altre unità operative nelle quali attivare il servizio di pronta disponibilità.

Il servizio di pronta disponibilità deve essere limitato ai soli periodi notturni e festivi; il principio è confermato espressamente dal vigente CCNL a proposito dei Dirigenti veterinari, laddove è specificamente previsto che le emergenze, nelle strutture veterinarie, siano garantite nelle ore notturne e nei giorni festivi mediante l'istituto della pronta disponibilità.

Nelle strutture ospedaliere (presidi e aziende ospedaliere) il servizio di pronta disponibilità può essere sostitutivo o integrativo della guardia divisionale o interdivisionale ed è organizzato mediante l'utilizzazione dei Dirigenti medici appartenenti alla medesima disciplina. Nei servizi di anestesia e rianimazione deve essere prevista la sola pronta disponibilità integrativa.

L'istituto della pronta disponibilità sostitutiva è riservato ai soli Dirigenti medici, mentre alla pronta reperibilità integrativa sono soggetti sia i Dirigenti medici, peraltro a turno individuale, sia i Direttori di struttura complessa. A questo proposito, riteniamo necessario aprire una parentesi: mentre per i Dirigenti medici non esiste alcun problema in ordine ai compensi spettanti in caso di chiamata in servizio durante il turno di reperibilità - in quanto è espressamente previsto che l'attività prestata sia computata come lavoro straordinario o compensata con recupero orario - si potrebbe obiettare, per i Direttori di struttura complessa, come ad essi non possa spettare alcun compenso come lavoro straordinario, dal quale sono espressamente esentati; la soluzione pratica del problema può, quindi, concretizzarsi solo nella corresponsione di riposi sostitutivi.

Il servizio ordinario di pronta disponibilità ha la durata di dodici ore, mentre per le giornate festive possono prevedersi due turni di dodici ore; in ogni caso, la regola è che non possono prevedersi per ciascun Dirigente un numero superiore a dieci pronte disponibilità nel corso del mese. La pronta disponibilità dà

<sup>5</sup> In questo senso, cfr. TAR Lazio, Sez. IIA, 22 giugno 1999, n. 352, in *Sanità pubblica 2000*, n. 718, 1043.

diritto ad una indennità per ogni dodici ore, nella misura stabilita nel CCNL. Ove il turno relativo sia articolato in orari di durata inferiore alle dodici ore - ma che, comunque, non possono essere inferiori a quattro ore - l'indennità relativa è corrisposta proporzionalmente alla durata stessa maggiorata del 10%. Nell'ipotesi in cui la pronta reperibilità ricada in un giorno festivo, al Dirigente spetta un giorno di riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale.

Il CCNL vigente (art. 51) fissa solo l'importo minimo dell'indennità di pronta disponibilità, lasciando alla contrattazione integrativa aziendale la possibilità, tramite l'integrazione del Fondo sul quale va a gravare l'indennità stessa, di rideterminare la misura relativa (v. infra, Cap. XV', par.8.2.); l'importo minimo è comunque fissato in £. 40.000,=.

**5.5. - Il lavoro straordinario della Dirigenza medico/veterinaria** - In linea di massima i CCNL delle aree dirigenziali del S.S.N. non prevedono la corresponsione dell'indennità per lavoro straordinario, in quanto l'articolazione dell'orario di lavoro, in relazione alle esigenze delle strutture operative e della dotazione organica di esse, dovrebbe riuscire a coprire tutte le esigenze assistenziali.

Peraltro, la vigente contrattazione nazionale per la Dirigenza medico/veterinaria prevede alcune eccezioni al principio del divieto di corrispondere - in alternativa con il recupero orario - l'indennità in questione ai Dirigenti interessati, quali: 1) il caso della guardia medica (v. infra, par. 5.3.) che può essere assicurata anche con il ricorso ad ore di lavoro straordinario il cui onere graverà sul Fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro istituito ai sensi dell'art. 51 del vigente CCNL. (v. infra, Cap. XV°, par. 8.2.); 2) l'ipotesi di chiamata in servizio durante il turno di pronta disponibilità (v. infra, par. 5.4.), nella quale l'attività prestata viene computata come lavoro straordinario e, quindi, compensata a carico del Fondo di cui sopra.

In ogni caso, il vigente CCNL (art. 51) conferma l'abrogazione dell'istituto dello straordinario per i Direttori di struttura complessa con la conseguenza dell'assoluto divieto, per l'azienda, di retribuire in tal senso i Dirigenti in questione; rimane da interpretare il problema dell'eventuale corresponsione ai Direttori di struttura complessa che svolgono servizio di pronta disponibilità integrativa (es. nei servizi di anestesia e rianimazione) dell'indennità di lavoro straordinario in caso di chiamata nel corso del turno; poiché tale servizio è imposto ai Dirigenti in questione (art. 20, comma 3, del CCNL 5 dicembre 1996), si potrebbe obiettare che anche ad essi - nonostante il divieto - spetti la corresponsione della relativa indennità. A nostro avviso - trattandosi di una imposizione di carattere generale finalizzata al divieto assoluto dell'erogazione dell'indennità per lavoro straordinario a tale tipologia dirigenziale, nel quadro di una manovra diretta a far scomparire del tutto, nel tempo, il ricorso al lavoro straordinario per le aree dirigenziali del S.S.N. - si ritiene che l'azienda sanitaria debba riconoscere loro solamente il recupero orario.

6. - Ferie, festività e riposi settimanali - Il regime delle ferie, delle festività e dei riposi settimanali risulta il medesimo previsto per tutto il personale del Comparto del S.S.N. e, in genere, per tutti i dipendenti della P.A., sia pure con quelle caratteristiche che contraddistinguono specifiche aree di servizio.

Così, per quanto riguarda le ferie, il Dirigente medico o veterinario neoassunto ha diritto, nei primi tre anni di servizio, a 30 giorni lavorativi di ferie, comprensivi delle due giornate di cd. festività sopresse (legge 23 dicembre 1977, n. 937); dopo i tre anni di servizio il Dirigente ha diritto ad un periodo di ferie annuo di 32 giorni lavorativi, sempre comprensivi delle due giornate di festività sopresse.

Le ferie spettano anche al Dirigente con rapporto di lavoro a tempo determinato, in ragione della durata del servizio; ovviamente il riferimento numerico per il calcolo delle ferie prenderà in considerazione i 30 giorni lavorativi.

Qualora la distribuzione dell'orario settimanale sia articolata in cinque giorni, il sabato viene considerato come giornata non lavorativa ed i giorni di ferie spettanti sono ridotti, rispettivamente, a 26 e 28, sempre comprensivi delle due giornate di festività sopresse.

In entrambi i casi, spettano a tutti i Dirigenti medici e veterinari altre quattro giornate di riposo da fruire nell'anno solare, ai sensi della citata legge n. 937/1977.

Durante il periodo di ferie spetta al Dirigente la normale retribuzione, escluse le indennità previste per l'eventuale lavoro straordinario svolto e le indennità che non siano corrisposte per dodici mensilità ma siano legate alla presenza in servizio (es. indennità per la pronta disponibilità).

Nell'anno di assunzione o di cessazione dal servizio, la durata delle ferie è calcolata in proporzione al numero di mesi di servizio prestato; nel calcolo delle ferie da assegnare al Dirigente, la frazione di mese superiore ai quindici giorni deve essere calcolata come mese intero. Il Dirigente che abbia fruito, nel corso dell'anno solare, di eventuali assenze retribuite conserva il diritto alle ferie anche per tali periodi.

Le ferie costituiscono un diritto irrinunciabile per il Dirigente e non sono monetizzabili, salva l'ipotesi nella quale, all'atto della cessazione dal rapporto di lavoro - anche per il caso del recesso dal rapporto della azienda - le ferie spettanti a tale data non siano state ancora fruito per esigenze di servizio o per cause non dipendenti dalla volontà del Dirigente; in questo caso, l'azienda sanitaria procede al pagamento sostitutivo delle stesse. Il diritto alle ferie è soggetto ad un regime molto puntuale in quanto è stato sempre considerato come un diritto soggettivo espresso e tutelato direttamente dalla nostra Costituzione (art. 36), per cui non ne è ammessa né la perdita, né la perenzione, né la eventuale decurtazione d'ufficio. Le ferie devono essere concesse su esplicita richiesta del Dirigente interessato e non possono essere sottratte o ridotte per debito orario.

Le ferie devono essere fruito nel corso di ciascun anno solare, in periodi compatibili con le esigenze di servizio, tenuto conto delle richieste di ciascun Diri-

gente; pertanto, la fruizione delle ferie da parte dei Dirigenti interessati deve rispondere ai seguenti principi:

- 1) le ferie sono fruite, anche frazionatamente, in periodi programmati dal Dirigente interessato nel rispetto dell'assetto organizzativo aziendale;
- 2) in relazione alle esigenze connesse all'incarico dirigenziale affidatogli, al Dirigente è consentito, di regola, il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo tra il 1° giugno e il 30 settembre;
- 3) qualora le ferie già in godimento debbano essere interrotte o sospese per motivi di servizio, il Dirigente ha diritto al rimborso delle spese documentate per il viaggio di rientro in sede e per quello di eventuale ritorno al luogo dello svolgimento delle ferie, oltre all'indennità di missione per la durata del medesimo viaggio. Il Dirigente ha diritto, inoltre, al rimborso delle spese anticipate e documentate per il periodo di ferie non goduto;
- 4) nell'ipotesi in cui, per inderogabili ed indifferibili esigenze di servizio, il Dirigente non sia stato in grado di godere delle ferie nel corso dell'anno, esse dovranno essere fruite entro il primo semestre dell'anno successivo;
- 5) le ferie sono sospese da malattie che si siano protratte per oltre tre giorni o che abbiano dato luogo a ricovero ospedaliero. L'azienda datore di lavoro deve essere tempestivamente informata di tali circostanze e deve ricevere la relativa documentazione medica, onde essere in grado di esercitare il suo diritto di accertamento della malattia del Dirigente. Egualmente sono sospese le ferie in godimento nell'eventualità del ricovero ospedaliero del figlio di età inferiore agli otto anni;
- 6) le assenze del Dirigente per malattia o infortunio non riducono il periodo di ferie spettantigli, anche se tali assenze si siano protratte per l'intero anno solare. In tale ipotesi, il godimento delle ferie avverrà anche oltre il primo semestre dell'anno successivo.

Le festività e le solennità civili e religiose da rispettare sono state stabilite dalla citata legge n. 937/1977 e sue successive integrazioni e modificazioni: tutte le domeniche, il 1° gennaio, il 6 gennaio, il 25 aprile, il lunedì dopo Pasqua, il 1° maggio, il 2 giugno, il 15 agosto, il 1° novembre, l'8 dicembre, il 25 dicembre e il 26 dicembre; il CCNL considera come giorno festivo anche la ricorrenza del Santo Patrono della località nella quale il Dirigente presta servizio, purchè ricada in un giorno lavorativo. Qualora tale ricorrenza - come pure la festività nazionale - coincida con la domenica, essa non dà luogo a riposo compensativo o a monetizzazione. Peraltro, il Dirigente, che per assicurare il servizio presta servizio il giorno della festività nazionale coincidente con la domenica, ha diritto di fruirne entro la settimana successiva.

In ordine al riposo settimanale, riteniamo opportuno premettere che il già citato art. 36 Cost. stabilisce che tutti i lavoratori abbiano diritto al riposo settimanale; per cui, al pari delle ferie, il riposo settimanale deve considerarsi un diritto soggettivo perfetto ed irrinunciabile, costituzionalmente

garantito e non monetizzabile.

Per l'art. 22 CCNL del 1996, tuttora vigente, il riposo settimanale - in relazione all'assetto organizzativo aziendale - coincide di norma con la domenica; qualora non possa essere fruito nella giornata domenicale, esso deve essere fruito nella settimana successiva, sempre con riguardo alle esigenze di servizio. Alla medesima disciplina è soggetto il caso del Dirigente che presti la propria attività professionale durante le altre festività.

Il numero dei riposi settimanali spettanti a ciascun Dirigente è fissato in numero di 52 all'anno. In tale numero sono conteggiate le domeniche ricorrenti durante i periodi di assenza dal servizio per motivi diversi dalle ferie.

7. - Le interruzioni e le sospensioni del rapporto di lavoro - Una caratteristica del rapporto di lavoro nell'ambito del pubblico impiego è stata sempre la possibilità che il rapporto venga interrotto o sospeso, per essere ripreso al cessare dei motivi che hanno causato le interruzioni o le sospensioni; questo principio, con la privatizzazione del pubblico impiego e la contrattualizzazione del rapporto si è molto affievolito anche perché i CCNL del settore hanno allineato i loro istituti a quelli già presenti nel mondo del lavoro privato.

Rientrano in questo quadro - così come regolamentato dal CCNL vigente e da quello precedente per l'area medico/veterinaria - gli istituti contrattuali che disciplinano le assenze retribuite (una volta rientranti nei congedi straordinari), le assenze per malattie (in precedenza riconosciute quali congedo straordinario e/o aspettativa per infermità), gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, nonché le malattie dovute a causa di servizio, l'astensione obbligatoria per gravidanza delle lavoratrici e l'astensione volontaria dei "genitori lavoratori" per congedi parentali, il servizio militare, le aspettative e le sospensioni obbligatorie e facoltative dal servizio in conseguenza di procedimenti penali.

Dobbiamo anche tenere presente che il D.M. 21 luglio 2000, n. 278, che regola le disposizioni di attuazione dell'art. 4 della legge 8 marzo 2000, n. 53, concernente congedi per eventi e cause particolari, applicabile anche alla Dirigenza medica/veterinaria del S.S.N., prevede ulteriori tipologie di permessi retribuiti e di congedi non retribuiti per gravi motivi familiari.

7.1. - Assenze retribuite. - Come abbiamo segnalato nell'inciso, le assenze retribuite hanno preso il posto, a seguito della contrattualizzazione del rapporto di lavoro della Dirigenza medico/veterinaria, dell'istituto del congedo straordinario, istituto tradizionale e storico del rapporto di pubblico impiego; il congedo straordinario consisteva - anche se limitato ad uno stretto arco di tempo (giorni 60 sino al 1993 e giorni 45 successivamente, in relazione alla data di entrata in vigore del D.L.vo n. 29/1993) - in una interruzione della prestazione lavorativa dovuta a numerose cause che affluivano in esso (matrimonio, gravi

motivi, esami, malattie di breve durata, cure curative, ecc., oltre le ipotesi disciplinate da leggi speciali, quali il richiamo alle cure e il riposo conseguente a donazione del sangue) e che, nel complesso, contribuivano a raggiungere il tetto massimo prestabilito: stabilito, come già accennato, rispettivamente in 60 e 45 giorni. Il CCNL del personale del comparto definisce invece come permessi retribuiti le fattispecie di assenze retribuite previste per le aree dirigenziali del S.S.N..

Uart. 23 del precedente CCNL, ancora vigente, ha abbandonato l'impostazione seguita nel passato in ordine al congedo straordinario, accogliendo un sistema definito di "assenze retribuite" che elenca tassativamente i casi nei quali le assenze in questione costituiscono un diritto per il Dirigente ad astenersi dal lavoro, mantenendo la corresponsione della retribuzione, fatta eccezione per quelle indennità in qualche modo legate alla presenza in servizio; per ciascuna fattispecie di assenza retribuita, il CCNL fissa anche la durata massima dell'assenza, sia pure stabilendo, per alcune di esse, un totale massimo di giorni per anno e, per le altre, determinando specificamente il numero dei giorni riconosciuti.

Così, il Dirigente medico e veterinario può assentarsi nei seguenti casi, con conservazione della retribuzione:

- A) per partecipazione a concorsi o esami, limitatamente ai giorni di svolgimento delle prove; per partecipazione a Convegni, Congressi o Corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazione professionale facoltativi connessi all'attività di servizio: limitatamente ad un massimo di otto giorni per ciascun anno;
- B) a causa di lutto per il coniuge, per il convivente, per i parenti entro il secondo grado ed affini entro il primo grado: giorni tre per ciascun evento luttuoso;
- C) per particolari motivi personali e familiari, ivi compresa la nascita dei figli: per complessivi giorni tre per ciascun anno;
- D) per matrimonio: giorni quindici consecutivi.

Accanto alle ipotesi sopraelencate, rimangono in vigore una serie di ipotesi, indicate genericamente dal CCNL come "altri casi previsti dalle specifiche disposizioni di legge", che in precedenza formavano oggetto di congedo straordinario e che non sono state soppresse da norme particolari: rientrano in questa categoria di cause per il riconoscimento del diritto al dipendente all'assenza retribuita: a) cure per invalidi; b) donazione di sangue; c) permessi in qualità di amministratore di enti locali (Regioni, Comuni e Province, Comunità montane); d) incarichi elettorali; e) giudice popolare; f) testimone in processi; g) componente di commissioni concorsuali o di esame per i D.U. relativi a professioni sanitarie; h) visite mediche obbligatorie; i) mobilitazione CRI; l) rappresentante dei lavoratori per la sicurezza; m) permessi sindacali; n) assistenza alle persone handicappate. È tuttora oggetto di discussione in ordine alla obbligatorietà o meno da parte dell'azienda sanitaria della concessione delle assenze retribuite al Dirigente medico o veterinario che riveste cariche nel rispettivo Ordine professio-

nate, ovvero che svolge le funzioni di giudice onorario del tribunale dei minori. Inoltre, per il D.M. 21 luglio 2000, n. 278, il Dirigente ha diritto a tre giorni complessivi di permesso retribuito all'anno in caso di documentata grave infermità del coniuge, anche legalmente separato, o di morte o grave infermità di un parente entro il secondo grado, anche con convivente, o di un soggetto componente la sua famiglia anagrafica.

Le fattispecie di cui alle lettere A) e B) sono cumulabili nel corso dell'anno solare, non riducono le ferie, sono valutate ai fini della anzianità di servizio e danno diritto alla retribuzione; egualmente non riducono la retribuzione e le ferie le assenze retribuite "nei casi previsti da specifiche disposizioni di legge". Invece, le assenze retribuite (orarie) riservate, alternativamente ai lavoratori padri (anche adottivi) e alle lavoratrici madri di minore con handicap in situazione di gravità accertata, dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104, non sono computati ai fini del raggiungimento del limite massimo determinato in tre giorni e non riducono le ferie.

7.2. - Assenze per malattia. - Anche l'ipotesi dell'assenza per malattia rientrava, nel precedente ordinamento, tra i casi di congedo straordinario; anzi, ricadeva in parte - sino al limite del tetto massimo: giorni 60 all'anno sino all'entrata in vigore del D.L.vo n. 29/1993 e giorni 45 all'anno dopo l'entrata in vigore del citato provvedimento delegato - nel congedo straordinario per essere convertita, nel caso di malattia di maggiore durata, in aspettativa per infermità.

Ovviamente, la soppressione degli istituti del congedo straordinario e dell'aspettativa per infermità, operata dal sistema di contrattualizzazione del rapporto di impiego della Dirigenza, ha comportato l'inserimento contestuale nel CCNL del 1995, tuttora vigente, di una normativa ad hoc che regolamentasse le assenze del Dirigente dovute a malattia di una certa durata.

Così, il Dirigente non in prova - per il Dirigente in prova, infatti, l'assenza per malattia, come già esaminato (v. infra, par. 3.3.), prolunga il periodo di prova ed il Dirigente ha diritto alla conservazione del posto per un periodo non superiore al periodo di prova medesimo - assente per malattia ha diritto alla conservazione del posto per un periodo di diciotto mesi; al fine della maturazione dei diciotto mesi, concorrono con l'assenza in corso le eventuali assenze per malattia intervenute nei tre anni precedenti. Il periodo di assenza per malattia non interrompe, peraltro, la maturazione dell'anzianità di servizio a tutti gli effetti; in tale periodo al Dirigente spetta il seguente trattamento economico:

- 1) intera retribuzione, come da contratto, per i primi nove mesi di assenza;
- 2) il 90% della retribuzione per i successivi tre mesi di assenza;
- 3) il 50% della retribuzione per gli ulteriori sei mesi del periodo di conservazione del posto

Ove il Dirigente faccia tempestivamente domanda all'azienda sanitaria prima del superamento dei diciotto mesi in questione, nei casi particolarmente

gravi gli può essere concesso di assentarsi per un periodo di ulteriori diciotto mesi, senza alcun diritto alla retribuzione, ovvero di essere sottoposto all'accertamento delle sue condizioni di salute - per il tramite della A.S.L. territorialmente competente - per stabilire la sussistenza di eventuali cause di assoluta e permanente inidoneità fisica a svolgere qualsiasi proficuo lavoro.

Una volta superati i periodi di conservazione del posto - rispettivamente di diciotto e di trentasei mesi - o nell'ipotesi in cui il Dirigente sia stato dichiarato assolutamente e permanente inidoneo a proficuo lavoro, l'amministrazione aziendale può procedere alla risoluzione del rapporto di lavoro, corrispondendo al Dirigente interessato l'indennità sostitutiva del preavviso.

L'assenza per malattia deve essere tempestivamente comunicata all'azienda sanitaria, alla quale deve essere rimessa anche la relativa certificazione medica, nonché la comunicazione in ordine all'eventuale dimora dell'interessato in località diversa da quella della residenza abituale del Dirigente; ovviamente la comunicazione deve contenere anche gli estremi dell'indirizzo al quale egli può essere reperito. L'azienda sanitaria può attivare il controllo della malattia mediante la A.S.L. di riferimento territoriale del Dirigente, secondo le modalità di legge (art. 19 legge n. 833/1978 e art. 5 legge n. 683/1983); trattasi, quindi, per l'azienda sanitaria di una scelta discrezionale circa l'opportunità o meno di disporre la visita fiscale.

Infine, qualora l'infermità del Dirigente sia cagionata da colpa di un terzo, l'interessato deve dare comunicazione di tale circostanza all'azienda datore di lavoro, la quale - oltre a recuperare direttamente dal Dirigente, fino alla concorrenza di quanto erogatogli durante il periodo di infermità, ivi compresi gli oneri riflessi, dal risarcimento del danno da mancato guadagno subito ed effettivamente liquidato dal terzo responsabile - può sempre esercitare eventuali azioni dirette nei confronti del terzo responsabile.

7.3. - Infortuni sul lavoro e malattie dovute a causa di servizio. - Ad una disciplina senz'altro più favorevole al Dirigente sono soggetti gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, di cui al relativo T.U. 30 giugno 1965, n. 1124, nel senso che l'interessato ha diritto alla conservazione del posto fino alla guarigione clinica e, comunque, non oltre i trentasei mesi; la disposizione contrattuale (art. 25 CCNL del 1995, sempre in vigore) ha valore sia nei confronti del Dirigente in prova sia nei confronti del Dirigente che abbia superato il periodo di prova e costituisce il giusto riconoscimento di un danno fisico subito da un lavoratore quale conseguenza dell'esercizio della sua attività professionale.

Il periodo di astensione dal lavoro del Dirigente per infortunio o malattia professionale è interamente retribuito e, ai fini dell'anzianità di servizio, è considerato a tutti gli effetti come servizio prestato.

Qualora i trentasei mesi siano decorsi senza che l'interessato abbia conseguito la completa guarigione fisica ovvero sia stato dichiarato assolutamente e

permanentemente inidoneo a proficuo lavoro, l'amministrazione aziendale può attivare le procedure per la risoluzione del rapporto di impiego con il Dirigente, corrispondendogli peraltro l'indennità di mancato preavviso.

Comunque, l'azienda può astenersi dall'attivare le procedure risolutive del rapporto di lavoro ed attendere la completa guarigione del Dirigente; nel qual caso assistiamo, in pratica, ad una specie di sospensione di fatto - non formale, né formalizzata - del rapporto di lavoro, alla quale corrisponde la non corresponsione della retribuzione. Ovviamente, questo strumento contrattuale non può essere utilizzato nell'ipotesi in cui il Dirigente sia stato dichiarato permanentemente inabile a proficuo lavoro.

Ad una analoga disciplina il CCNL assoggetta le assenze del Dirigente cagionate da malattia riconosciuta come dipendente da causa di servizio; per cui l'interessato ha diritto alla conservazione del posto fino ad un massimo di trenta-sei mesi, periodo interamente retribuito ed interamente valido ai fini dell'anzianità di servizio. Inoltre, anche nei suoi confronti l'amministrazione aziendale può astenersi dall'attuare le procedure finalizzate alla risoluzione del rapporto di impiego.

Il CCNL rinvia, per quanto riguarda la disciplina dell'istituto dell'equo indennizzo, alle norme procedurali in vigore per il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio delle infermità ai fini della corresponsione dell'indennizzo in questione; con il termine "equo indennizzo" si intende quel diritto patrimoniale eventualmente spettante al Dirigente da parte della amministrazione di appartenenza quale risarcimento del danno subito per la perdita dell'integrità fisica dovuta a causa di servizio. Inoltre, in tali ipotesi, dovrebbe essere a carico dell'azienda sanitaria anche il rimborso delle spese di cura e di ricovero sostenute dal Dirigente; in realtà, con l'entrata in funzione del S.S.N. e dell'assunzione da parte di questo degli oneri sanitari di tutta la collettività servita, tale diritto appare molto affievolito rispetto all'impostazione originaria che risale al T.U. delle norme sullo stato giuridico degli impiegati civili dello Stato 10 gennaio 1957, n. 3, al quale si fa rinvio per quanto riguarda le modalità procedurali del riconoscimento della causa di servizio.

7.4. - Astensione obbligatoria per gravidanza e astensione facoltativa dei genitori lavoratori per congedi parentali. - La materia dell'astensione obbligatoria per gravidanza e dell'astensione facoltativa dei genitori per i cd. "congedi parentali" è disciplinata dalla legge 30 dicembre 1971, n. 1204 - successivamente integrata dalla legge 9 dicembre 1977, n. 903, e dalla legge 8 marzo 2000, n. 53 - e dal relativo regolamento di esecuzione, approvato con D.P.R. 25 novembre 1976, n. 1026.

I due istituti - che sono stati recentemente rivoluzionati dalla citata legge n. 5312000 - sono profondamente differenti, in quanto diretti a finalità diverse: il primo è posto a difesa della salute della donna lavoratrice ed è quindi usufrui-

bile soltanto da questa, mentre il secondo è posto a tutela del bambino e può essere fruito in alternativa o in contemporanea da entrambi i genitori.

Ricondotti all'area dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N., dobbiamo segnalare che la materia è completamente applicabile ai Dirigenti donne, per la parte che concerne la gravidanza e il puerperio, ed ai Dirigenti di entrambi i sessi per quel che attiene alle astensioni facoltative dal lavoro per i cd. "congedi parentali".

Dobbiamo, inoltre, richiamare l'attenzione sul fatto che le norme in questione sono applicabili anche ai genitori adottivi o affidatari; la disciplina che regola le astensioni dal lavoro di tali genitori differisce per quel che riguarda l'astensione obbligatoria postparto del genitore naturale, in quanto si applica ai genitori adottivi o affidatari sino a tre mesi dall'ingresso in famiglia del bambino adottato o affidato.

*7.4.1. - L'astensione obbligatoria dal lavoro per gravidanza e puerperio delle Dirigenti.* - L'astensione obbligatoria dal lavoro delle Dirigenti per gravidanza si basa sul divieto, sancito dalla norma generale (legge n. 1204/1971), per il datore di lavoro - che nel caso in esame è rappresentato dall'azienda sanitaria - di adibire al lavoro le donne (qui, Dirigenti medici e veterinari) durante i due mesi precedenti la data presunta del parto (certificata mediante attestazione medica), ovvero nell'ipotesi in cui il parto avvenga oltre tale data anche per il periodo intercorrente tra la data presunta e quella effettiva del parto, e durante i tre mesi dopo il parto. Nel caso si tratti di lavori cd. usuranti, ossia gravosi o pregiudizievoli, tra i quali rientra l'attività svolta dal personale dirigenziale femminile medico e veterinario, l'astensione obbligatoria è anticipata a tre mesi prima della data presunta del parto; di conseguenza, le Dirigenti interessate devono obbligatoriamente astenersi dal lavoro da tre mesi prima a tre mesi dopo il parto.

Nell'ottica della tutela della lavoratrice madre, l'aborto è equiparato a tutti gli effetti al parto.

Qualora, invece, il parto avvenga in una data anticipata rispetto a quella presunta, i giorni non goduti di astensione obbligatoria vengono aggiunti al periodo di astensione obbligatoria postparto. In ogni caso la Dirigente è tenuta a presentare, entro trenta giorni dall'evento, il certificato attestante la data del parto o dell'aborto.

I periodi di astensione obbligatoria sono computati a tutti gli effetti - compresi quelli relativi alla 13<sup>a</sup> mensilità e alle ferie - nell'anzianità di servizio e, di conseguenza, sono retribuiti per intero.

Altri benefici in favore delle lavoratrici gestanti sono stati recentemente introdotti (legge n. 53/2000) rispetto alla disciplina generale del 1971, anche se non sempre sembrano potersi applicare alle Dirigenti medici o veterinari:

A) ferma restando la durata complessiva dell'astensione dal lavoro, le lavo-

tratrici hanno la facoltà di astenersi dal lavoro a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi al parto, a condizione che il medico specialista del S.S.N. - o con esso convenzionato - e il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non pregiudichi la salute della gestante e del nascituro;

- B) l'Ispettorato del lavoro può disporre, sulla base di accertamenti medici, l'interdizione dal lavoro delle lavoratrici in stato di gravidanza fino al periodo di astensione obbligatoria (due o tre mesi prima della data presunta del parto) per uno o più periodi di durata stabilita dallo stesso Ispettorato per i seguenti motivi: 1) nel caso di gravi complicanze della gestazione o di preesistenti forme morbose che si presume possano essere aggravate dallo stato di gravidanza; 2) quando le condizioni di lavoro o ambientali siano ritenute pregiudizievoli alla salute della donna e del nascituro; 3) quando la lavoratrice non può essere spostata ad altre funzioni meno pericolose, faticose ed insalubri durante il periodo della gestazione.

L'azienda sanitaria ha il divieto di adibire a lavori pericolosi, faticosi ed insalubri le Dirigenti durante il periodo di gestazione e fino a sette mesi dopo il parto; in tale periodo le Dirigenti devono essere assegnate ad altre attività dirigenziali. Egualmente, le Dirigenti devono essere assegnate ad altre funzioni dirigenziali, nell'ipotesi che l'Ispettorato del lavoro accerti che le condizioni di lavoro o ambientali siano pregiudizievoli alla loro salute. Il CCNL integra le disposizioni di carattere generale soprariportate prevedendo che nei confronti delle Dirigenti, nei primi tre mesi di gravidanza e per tutta la durata del periodo di allattamento se naturale, qualora sia accertata una situazione di danno o pericolo per la sua salute, l'azienda sanitaria deve provvedere al provvisorio mutamento delle loro attività che comporti un minor aggravio psico/fisico.

Le ferie e le assenze dal servizio eventualmente spettanti alle Dirigenti ad altro titolo (es. congedo per RX) non possono essere godute contemporaneamente ai periodi di astensione obbligatoria dal lavoro.

7.4.2. - L'astensione facoltativa dei Dirigenti genitori per congedi parentali. - Questo istituto -che affianca l'astensione obbligatoria dal lavoro a tutela della lavoratrice in gestazione e puerperio - è posto dalla legge a tutela della salute del bambino al fine di assicurare a quest'ultimo l'assistenza materiale ed affettiva nei primi mesi di vita. Originariamente il diritto all'astensione dal lavoro nei primi periodi dopo il parto era rigidamente assicurato alla sola madre; successivamente - legge 2 dicembre 1977, n. 903 - il principio è stato esteso anche al padre, in un sistema alternativo all'altro genitore.

La legge n. 1204/1971, nel testo novellato dalla citata legge 8 marzo 2000, n. 53, prevede che nei primi otto anni di vita del bambino ciascun genitore ha

diritto ad astenersi dal lavoro - astensione che, complessivamente, non può superare i dieci mesi - con le seguenti modalità:

- 1) la madre, trascorso il periodo di astensione obbligatoria, esercita il diritto ad astenersi dal lavoro per un periodo continuativo o frazionato non superiore a sei mesi;
- 2) il padre per un periodo continuativo o frazionato non superiore a sei mesi. Qualora il padre eserciti il diritto ad astenersi per un periodo non inferiore a tre mesi, i sei mesi sono elevati a sette e il limite complessivo delle astensioni dal lavoro di entrambi i genitori è conseguentemente elevato a undici mesi;
- 3) nell'ipotesi che ci sia un solo genitore, per un periodo continuativo o frazionato non superiore a dieci mesi.

Così come impostato dalla nuova legislazione il diritto di astensione dal lavoro di entrambi i genitori durante i primi otto anni di vita conosce un solo limite: quello rappresentato dalla obbligatorietà di un congruo preavviso (non inferiore a quindici giorni) al datore di lavoro (leggi azienda sanitaria) secondo le modalità ed i criteri definiti dalla contrattazione collettiva. Ovviamente, il termine di preavviso può subire variazioni legate a ipotesi di oggettiva impossibilità del suo rispetto da parte degli interessati.

Inoltre, i due genitori - in questo caso, peraltro, alternativamente - hanno diritto ad astenersi dal lavoro durante le malattie del bambino di età inferiore a tre anni ovvero in età compresa tra i tre e gli otto anni, dietro presentazione di certificato rilasciato da un medico specialista del S.S.N. o con esso convenzionato. Nella seconda ipotesi - malattie del bambino tra i tre e gli otto anni - l'astensione da lavoro è limitata a cinque giorni lavorativi all'anno per ciascun genitore. Nei casi di astensione facoltativa dal lavoro per malattia del bambino, i genitori sono tenuti a presentare una autodichiarazione attestante che l'altro genitore non sia in astensione dal lavoro negli stessi giorni e per il medesimo motivo. L'eventuale ricovero ospedaliero del bambino interrompe il decorso del periodo di ferie in godimento da parte del genitore.

I periodi di astensione dal lavoro summenzionati sono computati agli effetti dell'anzianità di servizio, con esclusione degli effetti relativi alle ferie e alla tredicesima mensilità.

Infine, l'azienda deve consentire alla Dirigente madre - durante il primo anno di vita del bambino - due periodi di riposo della durata di un'ora ciascuno, anche cumulabili, durante la giornata e consentire l'uscita della dirigente madre dall'azienda; ove l'orario giornaliero di lavoro sia inferiore a sei ore, il periodo di riposo è uno solo. Nel caso in cui l'azienda sanitaria sia dotata di asilo nido del quale la Dirigente interessata si voglia servire, la durata dei periodi di riposo è dimezzata e non comporta l'uscita dall'azienda.

Nel caso di parto plurimo, i periodi di riposo sono raddoppiati e le ore aggiuntive rispetto a quelle originarie possono essere utilizzate anche dal padre.

**7.5. - Servizio militare. - Il servizio militare - qualsiasi sia la natura di esso: servizio di leva o richiamo alle armi - sospende il rapporto di lavoro del Dirigente; la disciplina generale del servizio militare è quella dettata dalla legge 24 dicembre 1984, n. 958, alla quale si fa un generico rinvio per le procedure e le modalità di dettaglio.**

Durante tutto il periodo di svolgimento del servizio militare di leva, il Dirigente ha diritto alla conservazione del posto fino ad un mese dopo la cessazione del servizio militare, senza peraltro alcun diritto alla retribuzione; invece, ove si tratti di richiamo alle armi, dobbiamo rilevare che il periodo di sospensione dal servizio coincide esattamente con la durata del servizio militare ed al Dirigente compete il trattamento economico più favorevole tra quello civile e quello militare.

Il periodo di servizio militare - in qualunque tipologia sia stato prestato - è valido a tutti gli effetti, compresa la determinazione dell'anzianità lavorativa ai fini del trattamento previdenziale, secondo le disposizioni vigenti.

**7.6. - Aspettativa. - La nuova impostazione seguita dal rapporto di impiego pubblico oggi privatizzato ha ridotto notevolmente il ventaglio di ipotesi in precedenza previste ed ha comportato che l'istituto della aspettativa sia applicabile al solo caso dell'aspettativa non retribuita per esigenze personali o familiari debitamente motivate. Accanto alla aspettativa suddetta, applicata a tutto il settore della P.A., per il S.S.N. è prevista una particolare forma di aspettativa non retribuita, anche se assimilata a quella concessa per motivi personali, necessaria per consentire al Dirigente medico o veterinario di superare il periodo di prova, a seguito di un formale procedimento concorsuale, presso altra azienda del servizio, ovvero, sempre per un periodo di sei mesi, al Dirigente assunto presso la medesima o altra azienda e con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed incaricato della titolarità di una struttura complessa.**

La differenza tra le due tipologie di aspettativa risiede nella discrezionalità, per l'azienda sanitaria, di concederla o meno in relazione alle ragioni addotte dal Dirigente interessato nel primo caso (aspettativa per ragioni familiari o personali) e nella obbligatorietà della concessione dell'aspettativa per trasferimento ad altra azienda o nella stessa azienda. In entrambi i casi l'aspettativa è concessa a domanda del Dirigente interessato; come, in entrambe le ipotesi, è necessaria la sussistenza di un rapporto di impiego a tempo indeterminato, per cui di regola l'istituto non è applicabile ai Dirigenti che godano di un rapporto di lavoro a tempo determinato. Costituisce una eccezione al principio la sola ipotesi del Dirigente, già a tempo indeterminato, assunto presso la stessa o altra azienda o in organismi comunitari con rapporto di lavoro e incarico a tempo determinato al quale deve essere concessa l'aspettativa per tutta la durata del contratto di lavoro a termine; allo stesso trattamento sono soggetti i Dirigenti ai quali sia stato conferito l'incarico di Direttore generale o di Direttore sanitario presso un'altra azienda sanitaria del Servizio, ovvero gli sia stato attribuito un

mandato elettorale, ovvero, infine, sia stato collocato in distacco sindacale.

Quanto all'istituto dell'aspettativa, esso si traduce in una sorta di modificazione temporanea del rapporto di impiego durante il quale il Dirigente non è tenuto a prestare servizio anche se è tenuto a rispettare tutti gli altri obblighi inerenti il servizio.

Pertanto, al Dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, che ne faccia formale e motivata richiesta, possono essere concessi, a termini dell'art. 19 del CCNL vigente, periodi di aspettativa per esigenze personali o familiari senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità per un periodo massimo di dodici mesi nel triennio; ai fini del calcolo del triennio, le aspettative concesse si sommano, ma anche se fruite frazionatamente non si cumulano con le assenze per malattia e/o con gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali o con le eventuali malattie dovute a causa di servizio. L'amministrazione aziendale può accogliere la richiesta, respingere la domanda ovvero ridurre il periodo di tempo richiesto; in queste due ultime ipotesi deve motivare le ragioni del suo comportamento sulla base delle esigenze di servizio. Inoltre, può ritardarne l'accoglimento; in ogni caso, l'azienda sanitaria deve provvedere entro trenta giorni dalla presentazione della richiesta da parte del Dirigente interessato.

L'azienda sanitaria - qualora durante il periodo di aspettativa vengano meno i motivi che ne hanno giustificato la concessione - può invitare il dirigente a riprendere servizio in un termine appositamente fissato.

Il fatto che il Dirigente, al termine del periodo di aspettativa concessa ovvero entro i termini stabiliti dall'azienda nell'ipotesi precedente, non riprenda servizio - salvo i casi di comprovato impedimento - consente all'azienda sanitaria di risolvere il rapporto di lavoro senza diritto ad alcuna indennità sostitutiva di preavviso.

In linea di massima, la concessione di una aspettativa per motivi personali o familiari al Dirigente non consente all'azienda sanitaria di procedere alla sostituzione provvisoria dell'interessato con altro Dirigente assunto con contratto di lavoro a termine.

La concessione dell'aspettativa per motivi legati all'assunzione del Dirigente da parte di altra azienda sanitaria o da parte della medesima azienda in altra funzione o profilo professionale è, come già accennato, un obbligo per l'amministrazione aziendale; la durata di questa tipologia di aspettativa ammonta a sei mesi, in correlazione alla durata del periodo di prova della Dirigenza medico/veterinaria. La natura di questa forma di aspettativa è quella dell'aspettativa per motivi personali.

**7.7. - Sospensioni derivanti da procedimenti penali.** - La sospensione del rapporto di lavoro derivante da un procedimento penale - sempre presente nei diversi ordinamenti che si sono susseguiti nel pubblico impiego - assume una funzione squisitamente cautelare per l'amministrazione aziendale in quan-

to è finalizzata ad evitare che il Dirigente continui a svolgere le funzioni di istituto arrecando così pregiudizio al servizio e all'immagine dell'azienda sanitaria.

La sospensione cautelare correlata ad un procedimento penale può essere: obbligatoria o facoltativa.

La sospensione è obbligatoria quando il Dirigente è colpito da misure restrittive della libertà personale - che comprendono sia la detenzione sia gli arresti domiciliari - e nei casi previsti dall'art. 15 (commi 1, 2, 3 e 4) della legge n. 55/1990, nel testo sostituito dall'art. 1, comma 1, della legge n. 16/1992, meglio conosciuta come "legge antimafia".

La sospensione è, invece, facoltativa da parte dell'azienda sanitaria nei confronti del Dirigente rinviato a giudizio - ma non soggetto a misura restrittiva della libertà personale o quando questa abbia cessato i suoi effetti - che abbia commesso fatti o tenuto comportamenti, anche estranei alla prestazione lavorativa, che siano di tale gravità da risultare incompatibili con la presenza del Dirigente in servizio; la sospensione facoltativa dal servizio deve essere adottata con atto scritto e motivato.

La sospensione comporta la privazione della retribuzione fino alla sentenza definitiva; al Dirigente, peraltro, è corrisposta una indennità alimentare pari al 50% della retribuzione (comprensiva solo del tabellare e dell'indennità di specificità medica) e degli eventuali assegni familiari.

La sospensione cautelare facoltativa conserva efficacia - ove non revocata - per un periodo non superiore a cinque anni; decorso il quale l'azienda sanitaria deve riammettere in servizio il Dirigente.

In caso di sentenza definitiva di assoluzione del Dirigente perché il fatto non sussiste o l'imputato non lo ha commesso, quanto corrisposto nel periodo di sospensione cautelare a titolo di indennità alimentare è conguagliato con quanto dovuto al Dirigente se fosse rimasto in servizio.

Nell'ipotesi in cui al Dirigente fosse stato risolto da parte dell'Azienda il rapporto di lavoro, l'interessato deve essere reintegrato con diritto al trattamento economico cui avrebbe avuto titolo se fosse rimasto in servizio, con esclusione della retribuzione di risultato.

In entrambi i casi, le somme dovute al Dirigente a titolo di conguaglio tra il percepito e quanto avrebbe dovuto percepire se fosse rimasto in servizio sono soggette a rivalutazione monetaria e agli interessi legali.

7.8. - Il congedo non retribuito per gravi motivi familiari. - L'art. 4 della legge 8 marzo 2000, n. 53, prevede la possibilità per il Dirigente di richiedere alla azienda sanitaria, per gravi e documentati motivi familiari - successivamente individuati dal D.M. 21 luglio 2000, n. 278 - un periodo di congedo, continuativo o frazionato, non superiore a due anni nell'arco della sua vita lavorativa.

Durante il periodo di congedo il Dirigente ha diritto alla conservazione del

posto, non ha diritto alla retribuzione e non può svolgere alcuna attività lavorativa. Il periodo di congedo non è computato nell'anzianità di servizio né ai fini previdenziali, anche se il Dirigente interessato può procedere al riscatto ovvero al versamento dei relativi contributi, calcolati secondo i criteri della prosecuzione volontaria.

**8. - Passaggio ad altra funzione per inidoneità fisica.** - Nel caso in cui un Dirigente medico o veterinario - esclusi ovviamente i Direttori di struttura complessa, in considerazione della particolare natura dell'incarico dirigenziale loro conferito - venga riconosciuto fisicamente inidoneo in via permanente allo svolgimento delle funzioni attribuitegli, l'azienda sanitaria deve esperire ogni utile tentativo finalizzato, compatibilmente alle proprie strutture organizzative, al suo recupero al servizio attivo. Il riconoscimento di inidoneità fisica deve essere parziale, nel senso che deve afferire alle sue funzioni istituzionali, in quanto una inidoneità fisica, totale e permanente, comporterebbe l'attivazione della procedura di risoluzione del rapporto di lavoro.

Quanto alle modalità, innanzitutto l'amministrazione deve procedere all'accertamento - per il tramite del Collegio medico/legale della A.S.L. territorialmente competente - delle attività che il Dirigente, in relazione alla disciplina e all'area di appartenenza, possa svolgere senza che ciò comporti cambiamento delle attività medesime. Nel caso in cui l'azienda non rinvenga nel suo ambito operativo incarichi ai quali il Dirigente possa essere assegnato, quest'ultimo, a domanda, può essere adibito ad altro incarico di graduazione inferiore a quello di provenienza, purchè compatibile con il suo stato di salute.

Qualora il problema investa un Direttore di struttura complessa, il CCNL del 1995 (art. 29) suggerisce il ricorso ad una procedura analoga a quella di mancato rinnovo dell'incarico stesso, il quale è disciplinato dall'art. 34, comma 4, del vigente CCNL: mantenimento in servizio con altro incarico tra quelli professionali, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo.

In entrambi i casi - ossia con riferimento ai Dirigenti titolari o non di struttura complessa - qualora non sussistano le condizioni per operare nel senso dell'assegnazione ad attività diverse da quella originaria, l'azienda sanitaria deve procedere alla risoluzione del rapporto di lavoro.

**9. - La mobilità del personale dirigenziale.** - Il capitolo relativo alla mobilità del personale dirigenziale va inserito nel più ampio e complesso sistema della flessibilità del lavoro come ce lo presenta la nuova concezione assorbita dal lavoro privato.

La mobilità del personale del S.S.N. - in qualunque livello e profilo sia collocato - ha sempre costituito un problema delicato, sia in relazione alle strutture sanitarie pubbliche, parte delle quali articolate secondo criteri di territorialità (distretti sociosanitari), con tutti i problemi connessi e conseguenti a questa pe-

riferizzazione delle sedi operative, sia in relazione a determinate categorie professionali, riferite soprattutto all'assistenza sanitaria prescindendo dall'appartenenza o meno di esse all'area dirigenziale. A titolo di esempio, è facile ricordare il personale infermieristico e i medici radiologi o anestesisti, da sempre carenti nelle strutture operative del Servizio.

Proprio per la delicatezza delle problematiche connesse, l'istituto della mobilità è stato sempre visto nell'ottica garantista della tutela del personale soggetto, per necessità organizzative, a cambiamenti di sede, anche se, in piena obiettività, doveva essere affrontato sotto l'angolazione di una migliore funzionalità delle amministrazioni sanitarie e delle prestazioni da esse erogate. Oggi, con l'introduzione su larga scala nella P.A. della filosofia della flessibilità del lavoro, l'istituto della mobilità deve essere rivisitato secondo logiche di maggiore efficienza ed efficacia dell'assistenza sanitaria erogata alla collettività.

La mobilità del personale del S.S.N. assume due forme - e, di conseguenza, due discipline - a seconda che si tratti di mobilità collettiva connessa ad eccedenze o di mobilità volontaria. La prima (mobilità da eccedenze) è disciplinata in modo uniforme per tutti i dipendenti della P.A. dal D.L.vo n. 29/1993 (art. 35), al quale si rinvia il lettore per un eventuale approfondimento; il CCNL vigente, come già quello precedente, affronta invece le problematiche della mobilità volontaria anche disciplinando l'istituto del comando.

**9.1. - La mobilità volontaria.** - La mobilità volontaria dei Dirigenti tra le aziende e tutti gli enti del Comparto del S.S.N., anche se appartenenti a Regioni diverse, avviene - in presenza della relativa vacanza in organico - a domanda del Dirigente che abbia superato il periodo di prova, con l'assenso dell'azienda di destinazione e nel rispetto dell'area e della disciplina di appartenenza del Dirigente stesso. La procedura di mobilità volontaria può essere anche applicata alla mobilità intercompartimentale dei Dirigenti medici o veterinari da e verso le aziende del Comparto sanità, purchè sussista il nullaosta di entrambe le amministrazioni: di destinazione e di appartenenza.

Ricordiamo che le aree dirigenziali del S.S.N. riferite alla Dirigenza medico/veterinaria sono state individuate dal D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e sono: 1) per la categoria professionale dei medici: A) area medica e delle specialità mediche; B) area chirurgica e delle specialità chirurgiche; C) area della medicina diagnostica e dei servizi; D) area della sanità pubblica; 2) per la categoria professionale degli *odontoiatri*, la sola area di odontoiatria; 3) per la categoria professionale dei veterinari. A) area della sanità animale; B) area dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e dei loro derivati; C) area dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche. Quanto alle discipline di appartenenza dei singoli Dirigenti, queste hanno un valore solo per la Dirigenza medica, nella quale, sempre la stessa norma (art. 4 [D.P.R. n. 484/1997](#)) articola ulteriormente ciascuna

area in differenti e specifiche discipline; invece, le aree degli odontoiatri e dei veterinari non sono state ulteriormente suddivise in discipline.

Mentre l'assenso dell'azienda sanitaria di destinazione è assolutamente necessario e non è sostituibile con alcuna procedura, l'assenso dell'azienda di appartenenza - se negato o non concesso entro dieci giorni: il che equivale a rigetto della richiesta del Dirigente interessato - può essere sostituito dal preavviso di tre mesi (v. infra, par. 14.5.).

La mobilità volontaria non comporta novazione del rapporto di lavoro del Dirigente; tant'è che il suo fascicolo personale segue il Dirigente trasferito e nel conferimento degli incarichi dirigenziali di responsabile di struttura semplice, professionali (anche di alta specializzazione), di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo, l'azienda di destinazione tiene conto dell'insieme delle valutazioni riportate dall'interessato anche nelle precedenti aziende.

La mobilità volontaria, se richiesta da un Direttore di struttura complessa, è penalizzante nei confronti del Dirigente in questione in quanto comporta nel trasferimento la perdita dell'incarico della titolarità della struttura; l'azienda di destinazione provvederà ad affidargli uno degli incarichi dirigenziali di responsabile di struttura semplice, professionali (anche di alta specializzazione), di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo, tenendo conto delle valutazioni precedentemente espresse dall'azienda di provenienza. L'azienda di destinazione potrà conferirgli l'incarico di Direttore di struttura complessa solo con la procedura stabilita dal D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 (v. infra, par. 3.1.1.).

9.2. - Il comando. - Un aspetto particolare della mobilità dei Dirigenti è rappresentato dall'istituto del comando, che assume due forme: la prima si verifica quando un Dirigente è comandato per esigenze di servizio e nell'interesse dell'azienda di destinazione; la seconda tipologia di comando è prevista nell'esclusivo interesse del Dirigente.

Quindi, il comando del Dirigente avviene tra aziende ed enti del Comparto del S.S.N., anche di Regioni diverse, ovvero da e verso altre amministrazioni di diverso Comparto che abbiano dato il loro assenso; in ogni caso il comando può attivarsi solo per comprovate esigenze di servizio.

Le condizioni necessarie per l'attivazione del comando sono:

- A) la durata del comando che è sempre e solo per un tempo determinato;
- B) il comando è disposto sempre e solo in via eccezionale;
- C) il comando necessita dell'assenso del Dirigente comandato;
- D) il carico della spesa del Dirigente comandato è assunto dall'azienda o ente di destinazione;
- E) il posto lasciato disponibile dal Dirigente comandato non può essere coperto per concorso o altra forma di mobilità;
- F) i posti vacanti, temporaneamente ricoperti da Dirigenti in posizione di comando, sono considerati disponibili sia ai fini concorsuali sia ai fini del

trasferimento (mobilità volontaria);

G) il comando può anche essere disposto nei confronti del Dirigente per il quale sia ancora in corso il periodo di prova, purchè la conseguente esperienza professionale sia considerata utile a tal fine dall'azienda e previa individuazione delle modalità con le quali le amministrazioni interessate ne formalizzeranno l'avvenuto superamento.

La seconda tipologia di comando avviene a domanda dell'interessato per fini di aggiornamento per periodi di tempo determinato presso Centri, Istituti e Laboratori nazionali ed internazionali o altri Organismi di ricerca che abbiano dato il proprio assenso; questo tipo di comando è senza assegni e non può superare il periodo di due anni nel quinquennio, ferma restando l'anzianità di servizio maturata nel periodo di comando agli effetti concorsuali.

Nel caso in cui il comando per aggiornamento sia giustificato dall'esigenza dell'azienda di appartenenza per il compimento di studi speciali o per l'acquisizione di tecniche particolari, al Dirigente comandato sono corrisposti gli assegni - ovviamente, con esclusione delle indennità correlate alla effettiva presenza in servizio e alla retribuzione di risultato - e, per un periodo non superiore a sei mesi, il trattamento di missione.

**10. - La copertura assicurativa e legale della Dirigenza medico/veterinaria.** - Sotto la denominazione di "Istituti di peculiare interesse", il vigente CCNL introduce una nuova disciplina per un istituto posto a tutela dei Dirigenti, quello del "patrocinio legale" e ammodernata, alla luce delle più recenti esperienze, un istituto che è sempre stato presente nella vecchia contrattazione collettiva (DD.PP.RR. n. 270/1987 e n. 384/1990): la copertura assicurativa della responsabilità civile della Dirigenza medico/veterinaria.

Per quanto concerne le coperture assicurative, rispetto alla previgente regolamentazione della materia, il CCNL introduce la realizzazione di un apposito Fondo nazionale che consenta di provvedere alla formulazione di accordi quadro con compagnie di assicurazione, accordi ai quali le aziende sanitarie devono aderire al fine di stipulare le relative polizze in favore dei propri Dirigenti.

Le coperture assicurative prese in considerazione dal vigente CCNL riguardano sia la responsabilità civile per danni a terzi dei Dirigenti, sia l'utilizzazione da parte di questi di automezzi dell'azienda e/o di proprietà dei singoli.

La disciplina del patrocinio legale, invece, comporta che le aziende - al fine di tutelare i propri diritti ed interessi - assumano a loro carico la difesa dei propri Dirigenti in tutte le ipotesi di procedimenti di responsabilità civile, contabile o penale.

**10.1. - Le coperture assicurative.** - L'art. 24 del vigente CCNL impone l'obbligo alle aziende sanitarie di adottare tutte le iniziative necessarie a garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile dei Dirigenti, ivi comprese le spe-

se di giudizio, per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie di terzi in ordine alle loro attività istituzionali -tra queste è compresa la libera professione intramuraria - senza diritto di rivalsa salvo le ipotesi di dolo e colpa grave.

Questa copertura assicurativa deve assumere una veste omogenea e generalizzata nei confronti di tutti i Dirigenti e delle loro attività; a tal fine il CCNL prevede l'istituzione di una Commissione paritetica nazionale, formata dai rappresentanti di tutte le Regioni e dalle OO.SS. firmatarie del contratto, per la realizzazione - attraverso forme consortili delle stesse Regioni - di un fondo nazionale che consenta di provvedere alla predetta tutela mediante la sottoscrizione di accordi/quadro con compagnie assicurative appositamente selezionate secondo le vigenti disposizioni di legge, ai quali le aziende sanitarie aderiscono.

Il Fondo in questione sarà costituito e gestito secondo le modalità direttive indicate dalla Commissione paritetica; pertanto questo organismo stabilirà, oltre le modalità di costituzione, anche gli organi di gestione, le modalità di funzionamento e il sistema dei controlli. Il Fondo sarà costituito, come base, dagli apporti economici prestabiliti dalla Commissione a carico delle singole aziende e finanziati dalle stesse con le risorse già destinate alla copertura assicurativa ed in misura media pro-capite di £.50.000 mensili, trattenute sulla voce stipendiale prevista dalla Commissione stessa, a carico dei Dirigenti per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale.

La norma contrattuale prevedeva che i lavori della Commissione dovessero terminare entro tre mesi dall'entrata in vigore del contratto stesso, scadenza che, peraltro, non è stata rispettata.

Sempre in tema di coperture assicurative, le aziende devono stipulare apposita polizza assicurativa in favore di quei Dirigenti autorizzati a servirsi, in occasione di trasferte o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, del proprio automezzo, limitatamente al tempo strettamente necessario per le prestazioni di servizio. In tal caso è fatto salvo il diritto del Dirigente ad ottenere dall'azienda di appartenenza il rimborso delle altre spese documentate ed autorizzate per lo svolgimento dei servizi<sup>6</sup>. La polizza in questione è diretta alla copertura dei rischi non compresi nell'assicurazione obbligatoria di terzi, di danneggiamento del mezzo di trasporto di proprietà del Dirigente, nonché di lesioni o decesso del medesimo e delle persone delle quali sia autorizzato il trasporto.

Invece, le polizze di assicurazione relative ai mezzi di trasporto di proprietà aziendale devono essere integrate con la copertura - nei limiti e con le modalità stabilite per la responsabilità civile per danni a terzi di cui al Fondo nazionale - dei rischi di lesioni o di decesso del dipendente addetto alla guida e del-

<sup>6</sup> Sull'argomento del compenso del Dirigente per l'utilizzo del mezzo privato per compiti di servizio, le Parti hanno convenuto - nella dichiarazione congiunta n. 8 al vigente CCNL - di ridefinire nelle code contrattuali anche il compenso in questione, utilizzando i parametri di determinazione ACI del costo chilometrico in sostituzione dell'indennità chilometrica ancora fissata ad 1/5 del prezzo della benzina super al chilometro.

le persone di cui sia stato autorizzato il trasporto. I massimali relativi non possono eccedere quelli previsti, per i corrispondenti danni, dalla legge per l'assicurazione obbligatoria.

Gli importi liquidati dalle società assicuratrici per morte o esiti delle lesioni personali, in base alle polizze stipulate da terzi responsabili e di quelle previste nell'art. 24 del vigente CCNL, sono detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

**10.2. - Il patrocinio legale.** - L'istituto del patrocinio legale - già presente, sia pure in modo generico, nella precedente contrattazione collettiva (art. 41 D.P.R. 20 maggio 1987, n. 270) - è stato rimodellato dal vigente CCNL dell'area dirigenziale medico/veterinaria non limitandolo, tra l'altro, ai soli procedimenti penali e civili, ma estendendolo ai procedimenti della giustizia contabile (leggi Corte dei Conti) che, negli ultimi tempi, si stanno moltiplicando.

Così, l'azienda sanitaria - nella tutela dei propri diritti ed interessi - ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, penale o contabile a carico del Dirigente per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti di ufficio, assume a proprio carico, semprechè non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi di giudizio, facendo assistere il dipendente da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.

Qualora il Dirigente intenda nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno a totale carico del Dirigente interessato; nell'ipotesi di conclusione favorevole del procedimento, l'azienda sanitaria procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico qualora avesse trovato applicazione l'istituto del patrocinio legale diretto da parte aziendale, limite che, in ogni caso, non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica.

L'azienda sanitaria dovrà esigere dal Dirigente, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi con dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti per la sua difesa.

La norma contrattuale (art. 25 vigente CCNL) così come è stata formulata solleva alcune perplessità; innanzitutto il patrocinio legale - soprattutto con riguardo ai procedimenti penali - si instaura a seguito di un rapporto fiduciario tra l'interessato ed il legale, che, ove sia l'azienda sanitaria a scegliere il professionista che dovrà difendere il Dirigente, non viene ad instaurarsi. In secondo luogo, dobbiamo richiamare l'attenzione sul fatto che in caso di ipotesi negativa (condanna) il Dirigente dovrà sostenere l'onere per la prestazione del legale aziendale. A questo punto, o si trova una soluzione pratica in sede di contrattazione integrativa decentrata del genere che sia il Dirigente a suggerire all'azienda il nominativo del legale ovvero conviene al Dirigente rivolgersi ad un

legale di sua fiducia, sia pure sostenendo i relativi oneri man mano che si presentano, per poi - in caso di conclusione favorevole del processo - richiederne il rimborso all'azienda sanitaria'.

11. - Gli incarichi dirigenziali. - Il vigente CCNL disciplina in modo particolare gli incarichi dirigenziali spettanti ai Dirigenti medici e veterinari in attuazione del sistema organizzativo del S.S.N.; l'argomento è stato trattato autonomamente nel presente volume in ragione dell'importanza che la materia riveste per la Dirigenza. Si fa, pertanto, rinvio al successivo Capitolo Vili'.

12. - La verifica e la valutazione dei Dirigenti medici e veterinari. - Anche questo argomento, in relazione alla rilevanza che riveste per la Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N., è stato trattato in uno specifico Capitolo del presente volume. Il che ha consentito di approfondire il discorso sulle attività poste in essere dai Dirigenti interessati e sulle differenti modalità di verifica e valutazione delle loro capacità professionali e gestionali (v. infra, Cap. IX°).

13. - La libera professione intramuraria dei Dirigenti medici e veterinari con rapporto di lavoro esclusivo. - Egualmente non era opportuno trattare questo delicatissimo aspetto dell'espletamento delle funzioni dirigenziali nell'ambito delle proprie aziende sanitarie nel quadro complessivo dello stato giuridico della Dirigenza di riferimento; una simile soluzione avrebbe senz'altro comportato un esame superficiale di questo importantissimo istituto che è legato indissolubilmente a quella caratteristica peculiare del rapporto di lavoro dei Dirigenti medici e veterinari - l'esclusività del rapporto di lavoro - così come è stata disegnata dal legislatore del D.L.vo n. 229/1999, che ha voluto segnare la parola "fine" su un problema scottante e che permaneva senza soluzione ormai da troppo tempo. Il vigente CCNL, infatti, ha solo regolamentato l'istituto nell'ambito della visione legislativa della razionalizzazione del S.S.N.. Si fa, pertanto, espresso rinvio al Capitolo X°.

14. - L'estinzione del rapporto di lavoro della Dirigenza medico/veterinaria. - Riteniamo che l'argomento dell'estinzione del rapporto di lavoro debba essere visto alla luce delle norme del CCNL del 1995 con le integrazioni ad esse apportate dalla contrattazione collettiva vigente con l'intento di colmare quelle lacune operative che erano state messe in luce dall'applicazione

<sup>1</sup> Nella dichiarazione congiunta n. 4 allegata al vigente CCNL, le Parti contrattuali hanno convenuto che gli oneri legali che l'azienda sanitaria richiederà al Dirigente condannato per dolo o colpa grave dovranno trovare, in futuro, copertura assicurativa, nell'ambito delle polizze a carico dell'apposito fondo previsto dall'art. 24 del CCNL medesimo.

pratica dell'istituto contrattuale secondo la nuova impostazione conseguente alla cd. "privatizzazione del rapporto di pubblico impiego".

Così, per una disciplina completa della risoluzione del rapporto di lavoro della Dirigenza medico/veterinaria, è necessario tenere presenti sia le norme del CCNL del 1995 - art. 34, le cause di cessazione del rapporto di lavoro; art. 35, gli obblighi delle parti; art. 36, il recesso dell'azienda sanitaria; art. 37, il Collegio di conciliazione; art. 38, la nullità del recesso; art. 39, i termini di preavviso-sia le disposizioni sull'argomento contenute nel vigente CCNL: art. 22, la risoluzione consensuale; art. 23, il Comitato dei garanti.

14.1. - Le cause di cessazione del rapporto di lavoro. - In tema di cause di cessazione del rapporto di lavoro dei Dirigenti medici e veterinari del S.S.N. è necessario innanzitutto effettuare una suddivisione connessa alla tipologia del rapporto: a tempo determinato e a tempo indeterminato. Inoltre, si deve aver riguardo anche alla particolare possibilità di risoluzione del rapporto di lavoro durante e al termine del periodo di prova del Dirigente (v. infra, par. 3.3.).

Per quanto riguarda i Dirigenti che abbiano instaurato con l'azienda sanitaria un rapporto di lavoro a tempo determinato, la causa di cessazione più frequente è rappresentata dalla scadenza naturale del contratto di lavoro, anche se ciascuna delle due Parti (azienda e Dirigente) può recedere prima del termine con le modalità e le procedure previste dalla contrattazione collettiva. Costituisce una eccezione al principio generale del rispetto del termine previsto dal contratto individuale di lavoro il verificarsi di un evento non previsto, quale, ad esempio, il rientro in servizio prima del termine del Dirigente titolare del posto attribuito a tempo determinato e che abbia diritto alla conservazione del posto di lavoro, ovvero l'assunzione di personale dirigente, a compimento di una procedura concorsuale, prima della scadenza del termine ipotizzato dal contratto individuale a tempo determinato.

Ma la regola generale riguarda, ovviamente, il personale dirigente a tempo indeterminato; per tale personale le cause di estinzione del rapporto di lavoro possono essere suddivise in cause naturali e cause di natura giuridica.

Le cause naturali si sostanziano nelle seguenti ipotesi:

A) compimento del limite massimo di età previsto dalle vigenti disposizioni.

Il D.L.vo n. 229/1999 ha stabilito il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei Dirigenti medici e veterinari al compimento del 65° anno di età (art. 15 nonies del D.L.vo n. 502/1992), fatta salva l'applicazione dell'art. 16 del D.L.vo n. 503/1992, che eleva, a richiesta degli interessati, di ulteriori due anni il predetto limite; contestualmente la norma sopprime la disposizione (legge 19 febbraio 1991, n. 50) che consentiva ai Dirigenti apicali di rimanere in servizio sino al compimento del 70° anno di età, pur facendo salvo il diritto relativo per quei sanitari che avessero già ottenuto il beneficio. Il limite del collocamento a riposo al 65° anno

di età ha valore sia nei confronti dei Dirigenti, sia nei confronti dei Direttori di struttura complessa. La risoluzione del rapporto di lavoro per raggiungimento del limite massimo di età avviene automaticamente al verificarsi della condizione prevista ed opera a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di compimento dell'età; comunque, l'azienda sanitaria deve comunicare al Dirigente interessato per iscritto l'intervenuta risoluzione del rapporto di lavoro;

B) decesso del Dirigente;

C) riconoscimento del Dirigente come inidoneo in modo permanente a qualunque proficuo lavoro.

Alle cause di natura giuridica possono essere ascritte le seguenti ipotesi, che hanno portata generale in quanto valide per tutti i Dirigenti pubblici:

1) l'annullamento delle procedure concorsuali o selettive che costituiscono il presupposto del rapporto di lavoro;

2) l'assunzione del Dirigente è stata effettuata dall'azienda sanitaria sulla base di documenti prodotti dall'interessato poi risultati falsi;

3) la perdita da parte del Dirigente della cittadinanza italiana o di uno dei Paesi dell'U.E..

Accanto a queste ipotesi di risoluzione del rapporto di lavoro che rivestono valenza generale, si collocano altre fattispecie di cause di natura giuridica disciplinate dalla contrattazione collettiva:

A) il recesso del dirigente;

B) il recesso dell'azienda sanitaria;

C) la risoluzione consensuale;

D) il superamento del periodo massimo di conservazione del posto (malattia, infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio), che comporta una valutazione discrezionale da parte dell'azienda sanitaria e il mancato rientro in servizio, senza giustificato motivo, al termine dei periodi di assenza dal lavoro per servizio militare, aspettativa, ecc., ipotesi tutte che sono state trattate ampiamente in precedenza.

14.2. - La risoluzione consensuale. - L'istituto della risoluzione consensuale del rapporto di lavoro della Dirigenza è stato introdotto dal vigente CCNL (art. 22), colmando così una lacuna del sistema contrattuale precedente che aveva lasciato senza tutela - tranne l'ipotesi della risoluzione consensuale in corso di periodo di prova - la possibilità che le Parti procedessero, di comune accordo, alla risoluzione del contratto di lavoro.

In forza dell'art. 22 del vigente CCNL l'azienda sanitaria o il Dirigente medico o veterinario possono proporre all'altra parte la risoluzione consensuale del rapporto di lavoro. Tale istituto è praticabile prioritariamente in presenza di processi di ristrutturazione o di riorganizzazione ai quali è connessa una diminuzione degli oneri di bilancio derivante, a parità di funzione e fatti salvi gli in-

cremanti contrattuali, dalla riduzione stabile dei posti di organico delle qualifiche dirigenziali, con conseguente ridefinizione delle relative competenze.

In attuazione di questa tipologia di risoluzione contrattuale, l'azienda deve disciplinare i criteri generali delle condizioni, dei requisiti e dei limiti per la risoluzione consensuale del rapporto i quali, prima della definitiva adozione da parte della Direzione generale aziendale, sono oggetto di concertazione con le OO.SS. (v. infra, Cap. VI\*, par. 6.3.).

In previsione della risoluzione consensuale del rapporto di lavoro, l'azienda sanitaria può erogare una indennità supplementare nell'ambito della effettiva capacità di spesa del rispettivo bilancio, indennità la cui misura può variare fino ad un massimo di 24 mensilità comprensive dello stipendio tabellare, dell'indennità integrativa speciale, dell'indennità di specificità medico/veterinaria e di esclusività del rapporto in godimento, degli assegni personali o dell'indennità di incarico di struttura complessa ove spettanti, nonché della retribuzione di posizione complessiva in atto.

Ovviamente, nell'ipotesi di risoluzione consensuale, non devono essere rispettati i termini di preavviso, fondandosi l'istituto sulla univoca volontà delle Parti, le quali possono ben concordare anche la data di uscita del Dirigente dal servizio attivo presso l'azienda.

**14.3. -11 recesso del Dirigente.** - Il recesso del Dirigente dal rapporto di lavoro-tranne l'ipotesi di cui al paragrafo precedente-si concretizza di fatto nelle dimissioni dal servizio; il recesso del Dirigente consiste in un atto unilaterale che per produrre i suoi effetti deve essere recepito dall'azienda (atto recettizio). Pertanto, il recesso in questione deve assumere la forma scritta ed in esso devono essere indicati i termini di preavviso: stabiliti in tre mesi, con l'intesa che i termini del preavviso decorrono dal primo o dal sedicesimo giorno di ciascun mese.

Qualora il Dirigente che ha presentato all'azienda le sue dimissioni non rispetti il termine di tre mesi di preavviso, è tenuto a corrispondere all'azienda una penale: una indennità pari all'importo della retribuzione spettante per il periodo di mancato preavviso; ovviamente, se il Dirigente non ha rispettato in parte i tre mesi, la penale sarà commisurata al periodo ridotto. Di conseguenza, all'azienda sanitaria spetta il diritto di trattenere, su quanto dalla stessa eventualmente dovuto al Dirigente, un importo corrispondente alla retribuzione per il periodo di preavviso da questi non dato.

L'azienda sanitaria, che ha ricevuto la comunicazione da parte del Dirigente di risoluzione del rapporto di lavoro, può con il consenso del Dirigente interessato risolvere il rapporto sia all'inizio sia durante il periodo di preavviso.

**14.4. - Il recesso dell'azienda.** - Molto più importante ci sembra, tra le ipotesi contrattuali di risoluzione del rapporto di lavoro, l'istituto del recesso dell'azienda che si presenta in diverse forme: a) recesso durante il periodo di

prova, argomento già trattato in precedenza (v. infra, par. 3.3.); b) recesso unilaterale dell'azienda ai sensi dell'art. 2118 c.c., che può essere considerato il corrispettivo del recesso unilaterale del Dirigente; c) il recesso per giusta causa dell'azienda ai sensi dell'art. 2119 c.c.. La differenza tra le ipotesi sub b) e sub c) risiede nella diversa gravità del fatto commesso o del comportamento tenuto dal Dirigente e nella sussistenza nel primo caso dell'obbligo del preavviso.

Nel caso del recesso unilaterale dell'azienda dal rapporto di lavoro ex art. 2118 c.c., l'amministrazione è tenuta a comunicarlo per iscritto al Dirigente interessato, indicando contestualmente i motivi posti alla base del recesso e rispettando i termini di preavviso. Questo istituto è stato introdotto nella contrattazione collettiva quale conseguenza della soppressione delle sanzioni disciplinari conservative a carico della Dirigenza, in attuazione di un principio generale che escludeva i Dirigenti - in considerazione della delicatezza delle funzioni loro attribuite dalla riforma del pubblico impiego e dei sistemi di verifica e valutazione delle loro attività istituzionali - dall'assoggettamento all'impostazione della legge n. 300/1970 in ordine ai procedimenti disciplinari, invece ancora validi per il restante personale del Comparto sanitario. Così, espressamente, il comma 5 dell'art. 36 del CCNL del 1995 esclude i dirigenti medici e veterinari dall'assoggettamento alle sanzioni disciplinari cd. conservative.

L'azienda sanitaria può utilizzare l'istituto del recesso anche nel caso in cui il Dirigente sia stato condannato con sentenza penale passata in giudicato per atti o fatti commessi nell'esercizio della propria attività istituzionale.

In ogni caso il recesso dell'azienda è nullo in tutti i casi previsti dal codice civile e da altre disposizioni vigenti e, in particolare, se è dovuto a ragioni politiche, religiose, sindacali, di sesso, di razza o di lingua, ovvero se è intimato - ad esclusione dell'ipotesi di recesso per giusta causa - durante i periodi di sospensione obbligatoria dal lavoro: malattia, infortunio, gravidanza e puerperio.

L'art. 34, ultimo comma, del vigente CCNL introduce una particolare ipotesi di recesso dell'azienda dal rapporto: l'ipotesi riguarda il caso di una valutazione negativa (annuale, triennale e al termine dell'incarico) da parte degli organi aziendali a ciò deputati, definita in base ad elementi di particolare gravità, anche estranei alla prestazione lavorativa. Anche in questa fattispecie deve essere rispettata la procedura prevista nella quale interviene il parere conforme del Comitato dei garanti.

Molto più delicato e complesso, a nostro avviso, si presenta il recesso dell'azienda per giusta causa ex art. 2119 c.c. che necessita, per spiegare legittimamente i suoi effetti risolutivi sul rapporto di lavoro, della sussistenza di motivi legati al presentarsi di una causa che non consenta la prosecuzione, anche temporanea e/o provvisoria del rapporto. Il CCNL del 1995 individua la giusta causa in tutti quei fatti e comportamenti, anche estranei alla prestazione lavorativa, di gravità tale da non consentire la prosecuzione, anche provvisoria, del rapporto di lavoro: [es. i](#) | Dirigente legato da rapporto esclusivo che esercita

privatamente la libera professione. Una responsabilità particolarmente grave e reiterata, accertata secondo le modalità previste in tema di verifica e valutazione dell'attività del Dirigente, costituisce giusta causa di recesso; come pure l'annullamento della procedura di accertamento predetta fa venire meno gli effetti del recesso. Ovviamente, il recesso per giusta causa non necessita di termini di preavviso.

In entrambi i casi di recesso dell'azienda dal rapporto, l'azienda stessa, prima di procedere all'adozione del provvedimento finale, contesta l'eventuale addebito al Dirigente interessato, convocandolo, non prima che siano trascorsi cinque giorni dal ricevimento della contestazione, per sentirlo a sua difesa. Il Dirigente può farsi assistere da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato o da un procuratore di sua fiducia. Ove l'azienda lo ritenga necessario, in concomitanza con la contestazione, può disporre la sospensione dal lavoro del Dirigente per un periodo non superiore a trenta giorni mantenendo la corresponsione del trattamento economico complessivo in godimento e la conservazione dell'anzianità di servizio.

In entrambe le tipologie di recesso esaminate, spetta al Dirigente il trattamento di fine rapporto previsto dall'art. 2120 c.c. e dalla contrattazione collettiva.

**14.5. - I termini di preavviso.** - La contrattazione collettiva, come già abbiamo accennato, prevede tutta una serie di casi nei quali è prevista la risoluzione del rapporto di lavoro con preavviso o con corresponsione dell'indennità sostitutiva dello stesso; in tutte queste ipotesi, il CCNL del 1995 tuttora vigente fissa i seguenti termini di preavviso correlandoli all'anzianità del servizio prestato dal Dirigente interessato: 1) otto mesi per i Dirigenti con anzianità di servizio di due anni; 2) ulteriori 15 giorni per ogni successivo anno di anzianità fino ad un massimo di altri quattro mesi di preavviso, trascurando la frazione di anno inferiore al semestre e considerando come anno compiuto la frazione di anno uguale o superiore al semestre.

I termini di preavviso decorrono dal primo o dal sedicesimo giorno di ciascun mese.

Così come previsto per il recesso del Dirigente, qualora l'amministrazione aziendale non rispetti i termini di preavviso come indicati in precedenza, essa deve corrispondere al Dirigente una indennità pari all'importo della retribuzione spettante per il periodo di mancato preavviso; tale indennità deve essere calcolata sulla base della retribuzione complessiva in godimento.

Il Dirigente, ricevuta la comunicazione di risoluzione del rapporto di lavoro, può risolverlo, con il consenso dell'azienda sanitaria, sia all'inizio sia durante il periodo di preavviso.

Durante il periodo di preavviso - sia se il recesso sia stato avanzato dal Dirigente sia dall'azienda - non è consentita la fruizione delle ferie, per cui nell'ipotesi di preavviso lavorato l'azienda deve procedere al pagamento dell'inden-

nità sostitutiva. Inoltre, il periodo di preavviso è computato a tutti gli effetti nell'anzianità di servizio.

Nel caso del decesso del Dirigente, l'azienda deve corrispondere agli aventi diritto - individuati nel coniuge, nei figli e, se vivevano a carico del prestatore di lavoro, nei parenti entro il terzo grado e negli affini entro il secondo grado ovvero, in carenza di tali soggetti, secondo le norme della successione legittima - l'indennità sostitutiva del preavviso come stabilito dall'art. 2122 c.c., nonché una somma corrispondente ai giorni di ferie non goduti.

14.6. - Il Collegio di conciliazione. - Il CCNL del 1995 aveva istituito un apposito organismo, il Collegio di conciliazione al quale il Dirigente poteva ricorrere contro i provvedimenti di recesso adottati nei suoi confronti dall'amministrazione aziendale; il contratto stabiliva dettagliatamente le procedure e gli esiti del ricorso. Peraltro, il citato CCNL (art. 37 u.c.) conteneva la previsione della possibile sostituzione della procedura in questione dal momento della devoluzione al giudice ordinario delle controversie individuali di lavoro.

Poiché, allo stato, il D.L.vo n. 80/1998 ha provveduto a tale devoluzione (v. infra, Cap. XI°), il Collegio di conciliazione - e le relative procedure - previsto dall'art. 37 CCNL del 1995 deve ritenersi superato; tant'è che il vigente CCNL ha previsto un apposito organo consultivo al quale ha affidato le funzioni di esprimersi sulle decisioni di risoluzione del rapporto di lavoro dei Dirigenti adottate dalle aziende sanitarie (v. infra, par. 14.7.).

14.7. - 11 Comitato dei garanti. - Il Comitato dei garanti, istituito dal vigente CCNL per l'area dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N. presso ciascuna Regione, è un organo consultivo chiamato ad esprimersi preventivamente sulle ipotesi di recesso proposte dalle aziende sanitarie nei confronti dei loro Dirigenti nei casi e con le procedure previste dall'art. 36 CCNL del 1995 (v. infra, par. 14.4.) e dell'art. 4 del vigente CCNL in tema di effetti negativi della valutazione dei Dirigenti e di accertamento delle responsabilità dirigenziali (v. infra, Cap. IX°).

Il predetto organo collegiale è composto di tre membri, dei quali il Presidente è nominato dalla Regione tra magistrati o esperti con specifica qualificazione ed esperienza professionale nei settori dell'organizzazione, del controllo di gestione e del lavoro pubblico in sanità; mentre gli altri due membri sono nominati l'uno dalla Regione stessa, sentito l'organismo di coordinamento dei Direttori generali delle aziende sanitarie, e l'altro esperto, designato congiuntamente dalle organizzazioni sindacali firmatarie del contratto entro dieci giorni dalla richiesta. In mancanza di designazione unitaria, questo componente è sorteggiato nei dieci giorni successivi dalla Regione tra i designati. Il Comitato dura in carica tre anni ed i suoi componenti non sono rinnovabili.

Pertanto, gli eventuali recessi devono essere adottati previo conforme parere del Comitato dei garanti che deve essere espresso inderogabilmente entro

trenta giorni dal ricevimento della richiesta, termine decorso inutilmente il quale l'azienda può procedere al recesso.

**15. - Le norme transitorie.** - Il CCNL vigente contiene anche una serie di norme transitorie concernenti o derivanti dallo stato giuridico del personale della Dirigenza medica o veterinaria conseguenti alla sua riforma da parte del D.L.vo n. 229/1999. Infatti, il provvedimento legislativo in questione ha tentato di ricondurre ad una unica disciplina tutto il personale dirigente che in una qualche maniera era stato diversificato, in precedenza, all'atto della sua confluenza nel S.S.N. in ragione delle differenti provenienze come ente di origine; questi Dirigenti provenivano sostanzialmente dalle qualifiche dei medici condotti ovvero dei medici ospedalieri che godevano del tempo definito, istituito nel tempo esteso ad altri profili sanitari del Servizio. Così, il D.L.vo n. 229/1999 (art. 15 bis) ha soppresso il rapporto di lavoro a tempo definito per la Dirigenza dell'area medico/veterinaria, rinviando alla contrattazione collettiva le modalità di regolarizzazione dei rapporti soppressi.

Al tempo stesso, il provvedimento ha stabilito come caratteristica primaria del rapporto di lavoro di questa area dirigenziale l'esclusività del rapporto stesso, consentendo l'opzione a determinati sanitari secondo la disciplina contrattuale; anche per questo aspetto, quindi, il contratto nazionale ha dovuto regolamentare il passaggio dei Dirigenti interessati alla nuova disciplina, prevedendo norme transitorie adeguate.

**15.1. - 1 rapporti di lavoro a tempo definito.** - Come già accennato, l'art. 15 bis del D.L.vo n. 299/1999 ha proceduto alla soppressione del rapporto di lavoro a tempo definito, caratteristico e proprio della Dirigenza medica del S.S.N., ereditato dalla regolamentazione del rapporto di impiego dei medici ospedalieri (D.RR. n. 130/1969) ed in vigore per circa trent'anni. La norma, al contempo, in presenza di una maggiore disponibilità di ore di servizio - ore 38 settimanali per i medici a tempo pieno (ora a rapporto unico) in sostituzione delle ore 28 e trenta minuti settimanali dei medici a tempo definito - ha reso indisponibili in organico un numero di posti dirigenziali per il corrispondente monte ore. Infine, ha stabilito che i contratti collettivi nazionali dovessero disciplinare le modalità di regolarizzazione dei rapporti soppressi: i rapporti di lavoro a tempo definito.

In attuazione della soppressione del tempo definito attuata dalla citata norma - e di altri rapporti di lavoro similari - ed al fine di ricondurre i Dirigenti medici ad un rapporto di lavoro unico non solo per quanto riguarda la qualifica ma anche per quanto attiene l'orario di servizio, l'art. 44 del vigente CCNL ha confermato la soppressione di tali rapporti ormai anomali esistenti nell'area dirigenziale del S.S.N..

Chiaramente, il passaggio al rapporto unico comporta per i Dirigenti interes-

sati un trattamento economico maggiore rispetto a quello di cui godevano (v. infra, Cap. XV'). Inoltre, il CCNL in questione stabilisce che la trasformazione del rapporto di lavoro debba avvenire improrogabilmente entro il 1° dicembre 2001.

15.2. - 11 rapporto non esclusivo. - L'art. 15 del vigente CCNL - richiamandosi al principio dell'esclusività del rapporto di lavoro per la Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N., introdotto nel nostro ordinamento dal D.L.vo n. 229/1999 (art. 15 quater del D.L.vo n. 502/1992) - stabilisce che il rapporto di lavoro di tutti i Dirigenti di quell'area assunti a tempo indeterminato o determinato dopo il 31 dicembre 1998 sia esclusivo; inoltre, individua come esclusivo anche il rapporto di tutti i Dirigenti che, alla data di entrata in vigore del provvedimento stesso, abbiano optato per la libera professione intramuraria. Stabilisce, infine, che i Dirigenti già in servizio al 31 dicembre 1998 e che abbiano già optato per l'esercizio dell'attività professionale extramuraria possano optare, entro il 14 marzo 2000, per il rapporto di lavoro esclusivo.

In relazione a questa suddivisione dei Dirigenti in Dirigenti con rapporto esclusivo e Dirigenti con rapporto di lavoro non esclusivo, il contratto prevede un differente trattamento economico che non si differenzia solo per l'indennità di esclusività, in quanto prevede anche la riduzione della retribuzione di posizione e della retribuzione di risultato, rispettivamente nella misura del 5% della parte variabile, ferma rimanendo la riduzione prevista dal precedente contratto; ai Dirigenti a rapporto non esclusivo non compete la retribuzione di risultato. Per un approfondimento dell'argomento, si fa rinvio al Cap. XV°.

In ogni caso, ai Dirigenti a rapporto di lavoro non esclusivo non possono essere conferiti incarichi di direzione di struttura semplice, anche a valenza dipartimentale, o complessa e, qualora tali incarichi fossero loro già stati attribuiti, le aziende devono provvedere a revocarli.

Ai Dirigenti medici e veterinari a rapporto non esclusivo, come pure ai Dirigenti a tempo definito, possono essere invece conferiti, oltre agli incarichi professionali, di consulenza, di studio e ricerca, anche quelli di alta specializzazione.

Capitolo VIII  
GLI INCARICHI DIRIGENZIALI

1. - Il sistema generale degli incarichi dirigenziali. - Il D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 - che per primo aveva intaccato i principi che governavano la Dirigenza sanitaria, principi impostati sul rigido rispetto della tradizionale tripartizione dei livelli operativi dirigenziali - sostanzialmente non aveva affrontato le funzioni connesse ai diversi incarichi dirigenziali, limitandosi ad articolare la Dirigenza su due livelli, accorciando così la piramide gerarchica precedente. È vero che, poi, cercava di specificare le attività che dovevano svolgere i Dirigenti sanitari di primo livello, ma è altrettanto vero che aveva utilizzato espressioni oltremodo generiche che non rispecchiavano in pieno la molteplicità di compiti dei quali la Dirigenza in questione è investita.

Il successivo D.L.vo n. 229/1999 riduceva ulteriormente la piramide gerarchica della Dirigenza sanitaria prevedendo il solo ed unico livello di Dirigente - in linea con l'impostazione del D.L.vo n. 29/1993 di riforma della P.A. - sia pure di stinguendo tale livello in più profili professionali e articolandolo in relazione alle diverse responsabilità gestionali e professionali. Così facendo, la norma andava, nella pratica, ad introdurre, a compensazione dell'unificazione del livello dirigenziale, una pluralità di funzioni, le quali, almeno in parte, mantenevano ferma l'organizzazione sanitaria precedente imperniata sulla duplicità dei livelli, almeno in ragione dell'attività svolta.

Il citato D.L.vo n. 229/1999, peraltro, sia pure molto genericamente, accennava alle funzioni da attribuire agli incarichi dirigenziali conferiti e suddivideva i Dirigenti in relazione all'anzianità di servizio - con meno o con più di cinque anni di attività - assegnando a questi ultimi funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettive, di verifica e controllo, oltre che la titolarità della direzione di struttura semplice, la quale, com'è noto, costituisce l'articolazione interna della struttura complessa.

Per contro, il provvedimento specificava abbastanza dettagliatamente le funzioni e le responsabilità del Dirigente al quale è stato conferito l'incarico di Direttore di struttura complessa, come del resto aveva già fatto in precedenza il D.L.vo n. 502/1992; inoltre, confermava le pubbliche procedure selettive in atto per il conferimento dell'incarico relativo (v. infra, Cap. VIP, par. 3.1.1. e Cap. Vili', par. 2).

In questo contesto di carattere generale si è andato ad inserire il vigente CCNL che - in attuazione di quanto stabilito in via generale dalla normativa citata - ha disciplinato dettagliatamente il sistema degli incarichi dirigenziali dell'area medico/veterinaria, pur rispettando le disposizioni di legge in tema di conferimento degli incarichi e innovando rispetto a quanto stabiliva il contratto collettivo precedente, il quale risentiva del fatto di essere stato stipulato prima dell'entrata in vigore dei provvedimenti di razionalizzazione del S.S.N.. La vera novità contenuta nel vigente CCNL rispetto alla contrattazione collettiva precedente è stata quella di disciplinare gli incarichi e la graduazione delle funzioni in modo autonomo e non, come era accaduto con il CCNL 6 dicembre 1996, rapportato e strettamente connesso al sistema retributivo.

### **1.1. - La graduazione delle funzioni dirigenziali. -**

Innanzitutto il CCNL, in linea con il D.L.vo n. 229/1999, stabilisce alcuni criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali, per l'assegnazione degli incarichi stessi, per la verifica e la valutazione degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità di risultato.

Così il vigente CCNL (art. 26) - richiamandosi, con le dovute integrazioni, all'art. 51 del contratto precedente - afferma la necessità per ogni azienda sanitaria di determinare la graduazione delle funzioni dirigenziali alle quali è rapportato il trattamento economico di posizione; tale individuazione deve essere effettuata dalle aziende sanitarie sulla base dei seguenti criteri e parametri che le aziende interessate possono integrare con riferimento al loro assetto organizzativo e in aderenza alla legislazione regionale del settore:

- a) complessità della struttura in relazione alla sua articolazione interna, con particolare riguardo ai Dipartimenti;
- b) grado di autonomia anche in relazione ad eventuali strutture sovraordinate;
- c) affidamento e gestione del *budget*;
- d) consistenza delle risorse (umane, finanziarie e strumentali) ricomprese nel *budget* affidatogli;
- e) importanza e delicatezza della funzione esplicitata da espresse e specifiche norme di legge;
- f) svolgimento di funzioni di coordinamento, indirizzo, ispezione e vigilanza, verifica di attività dirigenziali;
- g) grado di competenza specialistico/funzionale e professionale;
- h) utilizzazione nell'ambito della struttura di metodologie e strumentazioni significativamente innovative con valenza strategica per l'azienda sanitaria;
- i) affidamento di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione in rapporto alle esigenze didattiche dell'azienda;
- j) produzione di entrate proprie destinate al finanziamento generale dell'azienda;
- k) rilevanza degli incarichi interni alla struttura operativa o all'azienda;
- l) ampiezza del bacino di utenza per le unità operative caratterizzate da tale elemento e reale capacità di soddisfacimento della domanda di servizi espressa;
- m) valenza strategica della struttura rispetto agli obiettivi aziendali, purché collegata con uno o più dei criteri suindicati.

Sulla base della risultanza della graduazione delle funzioni, le aziende attribuiscono a ciascuna posizione dirigenziale - prevista nell'atto aziendale di diritto privato con il quale viene adottata la propria articolazione organizzativa - un valore economico (v. infra, Cap. XV'), imperniato sul principio che a parità di

struttura organizzativa e corrispondenza di funzioni è attribuita la medesima valenza economica; l'attribuzione del valore economico alle posizioni dirigenziali deve essere preceduta dall'informazione alle rappresentanze sindacali, seguita, su richiesta, da apposito incontro (v. infra, Cap. VI', par. 6.2.).

La graduazione delle funzioni dirigenziali - alle quali corrispondono le varie tipologie di incarico del ruolo unico della Dirigenza medico/veterinaria - deve essere determinata dalle aziende, sulla base dei criteri e con le modalità già descritti, in modo oggettivo, ossia indipendentemente dalla situazione relativa al rapporto di lavoro dei Dirigenti già assegnati alle strutture e agli incarichi in questione ovvero in relazione alla posizione funzionale o economica ricoperta. La graduazione degli incarichi è finalizzata a collocare gli incarichi dirigenziali nelle fasce retributive, determinando così la corrispondente retribuzione di posizione; la graduazione degli incarichi è soggetta a periodica revisione con le modalità previste dal CCNL per la concertazione (v. infra, Cap. VI', par. 6.3.).

Alla retribuzione di posizione dei Dirigenti, determinata secondo i criteri e le modalità dianzi descritte, le aziende provvedono a carico di un apposito Fondo, finalizzato all'attribuzione ai Dirigenti di un trattamento economico correlato alle funzioni svolte ed alle connesse responsabilità; il Fondo è finanziato secondo il sistema descritto più avanti: v. infra, Cap. XV', par. 8.1.

L'entrata in vigore del sistema della graduazione degli incarichi e del relativo conferimento di questi è contestuale all'entrata in vigore dell'ultimo CCNL e presuppone, anche, la realizzazione da parte delle aziende sanitarie - qualora ancora non attivate - delle seguenti innovazioni:

- A) attuazione dei principi di razionalizzazione di cui al D.L.vo n. 229/1999;
- B) ridefinizione delle strutture organizzative e delle funzioni dirigenziali ai sensi del citato D.L.vo n. 229/1999;
- C) applicazione del D.L.vo n. 286/1999 per quanto riguarda il sistema dei controlli interni aziendali, ivi compresa la verifica e valutazione della Dirigenza medico/veterinaria.

**1.2. - Le varie tipologie di incarichi dirigenziali.** - L'art. 27 del vigente CCNL indica puntualmente le diverse tipologie di incarichi dirigenziali dell'area medico/veterinaria, specificando le caratteristiche di ciascuno di essi nell'ambito dell'articolazione operativa delle aziende sanitarie.

A prescindere dall'elencazione degli incarichi dirigenziali che in seguito riporteremo, assume una rilevante importanza l'art. 27 citato in quanto contiene una serie di definizioni - molte delle quali costituiscono una assoluta novità nel panorama sanitario, in quanto nessuna norma (di legge o contrattuale) aveva in precedenza individuato con precisione e puntualità alcune strutture aziendali - che riguardano le articolazioni operative e/o organizzative delle aziende sanitarie; elencazione che si è ritenuta necessaria anche per ridimensionare ed omogeneizzare la miriade di incarichi e di posizioni che le aziende

avevano esageratamente ideato a seguito del precedente CCNL. Così, l'assetto organizzatorio aziendale è articolato in: a) Dipartimenti, a loro volta suddivisi in strutture complesse, strutture semplici a valenza dipartimentale e strutture semplici; b) Distretti socio/sanitari. La norma contrattuale, pur includendo i presidi ospedalieri delle AA.SSIL. tra le strutture complesse, non ne fornisce alcuna definizione, per cui si deve ricorrere alle norme che nel tempo si sono succedute in materia di assistenza ospedaliera; in ogni caso, il D.L.vo n. 502/1992 assegna al presidio una sua autonomia gestionale e una contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

Il Dipartimento è una struttura individuata dall'azienda sanitaria per l'attuazione di processi organizzativi integrati; essi - comunque siano definiti (strutturali, integrati, funzionali, transmurati, ecc.) - rappresentano il modello operativo delle aziende e svolgono attività professionali e gestionali. Ad essi sono assegnate risorse umane, tecniche e finanziarie necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite; i Dipartimenti, al loro interno, sono articolati in strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale.

La struttura complessa costituisce una articolazione interna aziendale, individuata dall'atto aziendale di diritto privato di organizzazione, dotata di autonomia e responsabilità della gestione delle risorse umane, finanziarie e tecniche. La stessa norma contrattuale precisa che, fino all'adozione dell'atto aziendale di diritto privato di cui sopra, devono essere considerate come tali tutte le strutture già riservate agli ex Dirigenti di II° livello. La definizione della "struttura" dettata dall'art. 27 del vigente CCNL risulta alquanto generica, in quanto va a coincidere con quella che il precedente art. 1 del contratto assume per definire le unità operative, le strutture organizzative e i servizi: "per struttura si intende l'articolazione interna dell'azienda alla quale è attribuita con l'atto di cui all'art. 3, comma 1 bis, del D.L.vo n. 502 del 1992 la responsabilità di gestione delle risorse umane, tecniche o finanziarie."

Le strutture semplici sono di due tipi: le strutture semplici vere e proprie, le quali rappresentano una articolazione interna delle strutture complesse e le strutture semplici a valenza dipartimentale, le quali - pur avendo una dimensione inferiore a quella delle strutture complesse - possiedono una loro autonomia e responsabilità gestionale delle risorse (umane, tecniche e finanziarie) ad esse attribuite.

Il Distretto sociosanitario è la struttura - individuata dall'azienda nell'atto di diritto privato di organizzazione - finalizzata ad assicurare i servizi di assistenza primaria relativa alle attività sanitarie e di integrazione sociosanitaria; ad esso sono assegnate risorse umane, tecniche e finanziarie necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

Fatta questa necessaria premessa in ordine alla definizione delle articolazioni operativo/organizzative aziendali, gli incarichi conferibili ai Dirigenti

sono i seguenti:

- 1) **incarico di direzione di struttura complessa**; tra gli incarichi di struttura complessa sono ricompresi anche l'incarico di Direttore di Dipartimento, di Direttore di Distretto socio/sanitario e di Direttore di presidio ospedaliero di A.S.L.. Il Dirigente responsabile di struttura complessa è definito dal D.L.vo n. 254/2000 quale "Direttore";
- 2) **incarico di direzione di struttura semplice**, con o senza autonomia gestionale;
- 3) **incarichi di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo**; per incarichi professionali di alta specializzazione si intendono articolazioni funzionali della struttura connesse alla presenza di elevate competenze tecnico/professionali che producono prestazioni quali/quantitative complesse riferite alla disciplina ed organizzazione interna della struttura di riferimento. Per incarichi professionali, invece, si intendono quelli che hanno rilevanza all'interno della struttura di assegnazione e si caratterizzano per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistico/funzionale di base nella disciplina di appartenenza.
- 4) **incarichi di natura professionale conferibili ai Dirigenti con meno di cinque anni di servizio.**

L'art. 27 del CCNL aggiunge che la definizione della tipologia degli incarichi elencati ai precedenti nn. 2) e 3) consiste in una mera elencazione che non figura rapporti di sovra o sottordinazione degli incarichi, la quale discende solo dall'atto aziendale di diritto privato adottato dall'azienda per determinare la sua organizzazione; ovviamente, questa specificazione non va ad intaccare i rapporti di subordinazione tra le strutture semplici e quelle complesse, ma riguarda esclusivamente gli incarichi professionali, ecc. e quelli di direzione di struttura semplice, anche a valenza dipartimentale.

Inoltre, gli incarichi di direzione di struttura complessa, di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale e quelli di direzione di struttura semplice possono essere conferiti solo ai Dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo; nei confronti dei Dirigenti medici e veterinari che non abbiano optato entro il 14 marzo 2000 per il rapporto di lavoro esclusivo, ai sensi dell'art. 45 CCXNL, l'azienda deve procedere a revocare - con effetto dal 15 marzo 2000 - gli incarichi di struttura semplice o complessa già conferiti. Invece, gli ex Dirigenti di II° livello con rapporto quinquennale che non abbiano optato per il rapporto di lavoro esclusivo sono confermati negli incarichi di direzione di struttura complessa loro conferiti sino al 30 giugno 2000 e, dal giorno successivo, diverranno titolari di uno degli incarichi professionali, ecc., corrispondente al valore economico della retribuzione di posizione rideterminata ai sensi dell'art. 47 CCNL.

## **2. - Il conferimento degli incarichi dirigenziali di struttura comples-**

sa. - Il sistema del conferimento degli incarichi dirigenziali dell'area medico/veterinaria avviene sempre per meccanismi di selezione - fatta eccezione per i Dirigenti all'atto della loro assunzione da parte dell'azienda - che si distinguono in relazione alla natura e all'importanza dell'incarico medesimo in: procedure di selezione esterna (pubblica) e procedure di selezione interna all'azienda.

La prima tipologia di conferimento dell'incarico riguarda solo la direzione delle strutture complesse - fatta eccezione per i Direttori di Dipartimento ed i Direttori di Distretto sociosanitario, per la cui scelta l'azienda procede direttamente tra soggetti ben individuati appartenenti all'organizzazione aziendale (v. infra, par. 3) - ed avviene mediante la procedura di selezione pubblica disciplinata dal D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 (v. infra, Cap. VIP, par. 3.1.1.), nel limite dei posti stabiliti nell'atto aziendale di diritto privato di organizzazione.

A tale proposito - attribuzione degli incarichi di struttura complessa - il vigente CCNL stabilisce che dovrà essere data piena attuazione al principio della separazione dei poteri di indirizzo e controllo ed i poteri di gestione, così come previsto dal D.L.vo n. 29/1993 (art. 3); inoltre alle strutture in questione dovrà essere applicato il principio della realizzazione dei programmi e progetti in relazione al *budget* assegnato loro (art. 14 del D.L.vo n. 29/1993).

Il contratto individuale disciplina la durata, il trattamento economico, gli oggetti e gli obiettivi generali da conseguire; in relazione a tali obiettivi, le risorse necessarie sono individuate ed assegnate con le procedure di cui all'art. 65, comma 4, del precedente contratto: cadenza annuale in corrispondenza dell'approvazione del bilancio aziendale, sulla base delle proposte dei singoli Dirigenti responsabili e secondo i rispettivi ordinamenti.

Se il conferimento dell'incarico avviene a seguito di una procedura selettiva pubblica che termina con la dichiarazione di idoneità di una rosa di candidati tra i quali il Direttore generale dell'azienda sceglie il soggetto che ritiene più idoneo al conferimento dell'incarico - per cui la scelta, anche se fiduciaria, rimane sempre una scelta condizionata dal giudizio di idoneità da parte di una commissione di esperti - non si comprende perché il contratto collettivo (art. 29) abbia inserito il principio che le aziende formulino in via preventiva i criteri per il conferimento degli incarichi di struttura complessa; la stessa perplessità non può essere riferita, invece, agli altri casi di predeterminazione dei criteri: quali la conferma e la revoca degli incarichi di struttura complessa, anche se il D.L.vo n. **229/1999** stabilisce che per il rinnovo (conferma) dell'incarico debba essere sentita una apposita e qualificata commissione di esperti (il Collegio tecnico). Aggiunge l'art. 29 del CCNL che i predetti criteri debbano essere oggetto di concertazione con le OO.SS. interessate; inoltre, i criteri per il rinnovo debbono essere integrati da elementi di valutazione che tengano conto delle capacità gestionali con particolare riguardo al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di correlarsi con le altre strutture e servizi nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale nonché dei risultati ottenuti con le risorse.

se assegnate.

In ordine alla durata degli incarichi di direzione di struttura complessa, si fa rinvio al successivo par. 5, nel quale sono approfonditi i diversi aspetti connessi alla durata degli incarichi.

**3. - Il conferimento dell'incarico di direzione del Dipartimento e del Distretto sociosanitario.** - L'art. 29 CCNL per quanto riguarda il conferimento degli incarichi di direzione del Dipartimento e del Distretto sociosanitario effettua un esplicito rinvio, rispettivamente, a quanto stabiliscono gli artt. 17 bis e 3 sexies del D.L.vo n. 502/1992.

Il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore generale aziendale tra i Dirigenti con incarico della direzione di una delle strutture complesse che afferiscono in quella articolazione dipartimentale; il Direttore di Dipartimento rimane titolare della struttura complessa alla quale è preposto. La terminologia usata dalla norma dell'art. 17 bis porta a pensare che si tratti di una scelta assolutamente fiduciaria del Direttore generale; in realtà la disposizione citata aggiunge che la Regione disciplina funzioni e composizione del Comitato di Dipartimento, nonché le modalità di partecipazione di questo organismo alla individuazione del Direttore di Dipartimento.

L'art. 3 sexies stabilisce che l'incarico di Direttore del Distretto sociosanitario debba essere attribuito dal Direttore generale a un Dirigente dell'azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e una adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato - medico di medicina generale - da almeno dieci anni; anche qui, in realtà, è la Regione che deve stabilire, nelle sue leggi di razionalizzazione del S.S.R., le modalità di questa scelta, sin qui fiduciaria, del responsabile del Distretto.

**4. - Il conferimento degli altri incarichi dirigenziali.** - Come già accennato, l'art. 28 del vigente CCNL disciplina abbastanza dettagliatamente il conferimento delle altre tipologie di incarichi dirigenziali, stabilendo due procedure differenziate a seconda che si tratti di Dirigenti di nuova assunzione o con meno di cinque anni di anzianità di servizio ovvero Dirigenti con una anzianità maggiore.

Quanto alle procedure di conferimento dell'incarico ai singoli Dirigenti all'atto dell'assunzione, le modalità relative costituiscono un'eccezione alla regola generale in quanto ad essi possono essere solo attribuiti incarichi di natura professionale, con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e di responsabilità nella gestione delle attività. Detti ambiti sono progressivamente ampliati attraverso i momenti di verifica e valutazione dell'attività prestata dal Dirigente. Gli incarichi al Dirigente di nuova assunzione e/o con una anzianità di servizio inferiore a cinque anni sono conferiti dall'azienda su proposta del Di-

rettore della struttura di appartenenza - una volta decorso il periodo di prova di sei mesi (v. infra, Cap. VII, par. 3.3.) - con atto scritto e motivato ad integrazione del contratto individuale.

Invece, ai Dirigenti con oltre cinque anni di anzianità di servizio possono essere conferiti incarichi di direzione di struttura semplice o di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo. Tali incarichi sono conferiti dall'azienda, a seguito di valutazione positiva dell'attività svolta dal Dirigente, su proposta del responsabile della struttura di appartenenza - il Direttore della struttura complessa o della struttura semplice a valenza dipartimentale - con atto scritto e motivato che va ad integrare il contratto di lavoro individuale a suo tempo sottoscritto dal Dirigente medesimo. Gli incarichi di direzione di struttura semplice sono conferiti nel limite massimo del numero di essi stabilito nell'atto aziendale di organizzazione e con riferimento alla struttura complessa della quale costituiscono articolazione. Nelle more dell'adozione dell'atto aziendale si considerano strutture semplici quelle alle quali l'azienda ne riconosca le caratteristiche intrinseche.

Limitatamente ai Dirigenti assunti prima dell'entrata in vigore del CCNL del 1996, il conferimento o la conferma degli incarichi dirigenziali, diversi dalla direzione di struttura complessa, comporta la stipulazione del contratto individuale che, ferma restando la costituzione del rapporto a tempo indeterminato, definisce tutti gli aspetti connessi all'incarico conferito; successivamente, anche nei confronti di tali Dirigenti - ove l'azienda intendesse procedere alla modifica di uno degli elementi del contratto di lavoro individuale - l'amministrazione è tenuta a preventivamente comunicare al Dirigente interessato per il preventivo assenso le modifiche contrattuali.

Nel conferimento degli incarichi dirigenziali e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse, le aziende devono tenere conto: 1) delle valutazioni del Collegio tecnico (v. infra, Cap. IX°); 2) della natura e delle caratteristiche dei programmi da realizzare; 3) dell'area e disciplina di appartenenza; 4) delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo Dirigente, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza sia all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre aziende o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale; 5) dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati nonché alle valutazioni riportate in sede di verifica; 6) del criterio della rotazione, ove applicabile; 7) della non applicabilità della disposizione dell'art. 2103 c.c. - stabilizzazione nella funzione svolta dopo un determinato periodo di tempo - data la dichiarata equivalenza delle mansioni dirigenziali. La privatizzazione del rapporto di pubblico impiego della Dirigenza ha comportato la necessità contrattuale di una simile precisazione, atteso che, in generale, al personale del Comparto del S.S.N. si applicano anche le norme del codice civile.

Qualora esistano più candidati all'incarico da conferire, l'azienda procede sulla base di una rosa di idonei-selezionati secondo i criteri e le procedure pre-determinate che devono formare oggetto di concertazione con le OO.SS. prima della adozione da parte dell'amministrazione aziendale - dai Direttori di Dipartimento o dai Direttori di struttura complessa o dai responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale.

Quanto alla durata degli incarichi dirigenziali, si fa rinvio al successivo par. 5.

**5. - La durata degli incarichi dirigenziali. - La durata degli incarichi dirigenziali dell'area medico/veterinaria, fissata in via generale dal D.L.vo n. 229/1999 è stata confermata e ulteriormente disciplinata dal vigente CCNL.**

Gli incarichi di direzione di struttura complessa hanno la durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per il medesimo periodo o per un arco di tempo più breve, secondo le procedure di verifica dell'attività svolta dal Dirigente interessato da parte del Collegio tecnico (v. infra, Cap. IX°); qualora il Dirigente sia vicino al compimento del limite massimo di età, la durata del rinnovo nell'incarico viene stabilito dall'azienda sanitaria in modo da farla coincidere con il collocamento a riposo del Dirigente per raggiunti limiti di età. Ovviamente, la relativa definizione della durata riveste carattere soggettivo con riferimento alla posizione del Dirigente interessato: infatti, se normalmente il riferimento è al raggiungimento del 65° anno di età, per coloro che hanno chiesto la prosecuzione del servizio per altri due anni, ai sensi del D.L.vo n. 503/1992, il riferimento sarà al compimento del 67° anno di età.

Gli incarichi conferiti ai Dirigenti neoassunti o con anzianità inferiore ai cinque anni e ai Dirigenti con oltre cinque anni di anzianità di servizio - anch'essi conferiti a tempo determinato - hanno una durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, a partire dalla data di conferimento, e possono essere rinnovati. La discrezionalità attribuita alle aziende nel determinare la durata dell'incarico è strettamente connessa alla natura di esso. Anche per questa tipologia di incarichi, la loro assegnazione non modifica in alcun modo le modalità di cessazione del rapporto di lavoro per compimento del limite massimo di età; di conseguenza, in tali casi l'azienda sanitaria deve raggiungere la durata dell'incarico al raggiungimento da parte del Dirigente del limite massimo di età.

**6. - Le sostituzioni negli incarichi dirigenziali. - Il vigente CCNL, nell'art. 18, disciplina abbastanza completamente il sistema delle sostituzioni dei Dirigenti, colmando così una grave lacuna del nostro ordinamento sanitario inquadrandolo nel complesso sistema delle funzioni superiori; infatti, il precedente contratto non diceva alcunchè in ordine a questo delicato problema, per cui rimanevano in vigore, sia pure confusamente, le disposizioni stabilite a suo tempo dal [D.FR. n. 761/1979](#) sullo stato giuridico del personale delle UU.SSIL. e, in parte,, da norme ancora più vecchie in quanto facenti parte del D.P.R. n.**

130/1969 sullo stato giuridico del personale degli enti ospedalieri. Come norma contrattuale, il riferimento era al [D.P.R. n. 384/1990](#) (art. 121), in materia di mansioni superiori.

L'art. 18 citato prende in considerazione tutte le possibili ipotesi di sostituzione del Direttore di struttura complessa:

- A) Direttore di Dipartimento o di Distretto sociosanitario; nel caso di assenza per ferie o malattia o altro impedimento di tale figura dirigenziale, la sua sostituzione è affidata dall'azienda ad altro Dirigente con incarico di Direzione di struttura complessa da lui stesso preventivamente individuato con cadenza annuale;
- B) Direttore di struttura complessa; nelle medesime tipologie di assenza da servizio, l'azienda affida la sua sostituzione ad altro Dirigente della struttura medesima con rapporto di lavoro esclusivo, indicato all'inizio di ciascun anno dal Direttore della struttura complessa, il quale, ai fini dell'indicazione in questione, deve tenere presenti alcuni criteri: a) il Dirigente deve essere titolare di un incarico di struttura semplice o di un incarico professionale di alta specializzazione; b) valutazione comparata del curriculum dei Dirigenti interessati;
- C) Responsabile di struttura semplice a valenza dipartimentale e nella quale il massimo livello dirigenziale sia rappresentato dall'incarico di struttura semplice: si applicano le disposizioni relative alla sostituzione del Direttore di struttura complessa.

In tutti i casi nei quali la sostituzione sia dovuta all'assenza dal servizio dei Dirigenti di struttura complessa per cessazione per qualsiasi causa del rapporto di lavoro del Dirigente interessato, la sostituzione è consentita per il tempo strettamente necessario ad espletare le procedure pubbliche di selezione ai sensi del [D.P.R. n. 484/1997](#), ovvero quelle interne per la sostituzione del Direttore di Dipartimento; in tal caso la sostituzione deve durare sei mesi, prorogabili fino a dodici, secondo i principi generali contenuti nel D.L.vo n. 29/1993.

Invece, nei casi in cui la sostituzione del Direttore di struttura complessa sia dovuta ad assenza dal servizio per la fruizione di una aspettativa senza assegni per il conferimento dell'incarico di Direttore generale o di Direttore sanitario di altra azienda, ovvero per mandato elettorale o per distacco sindacale, l'azienda attiva le procedure selettive per l'assunzione di altro Dirigente con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato per la durata dell'aspettativa concessa. Nelle more della procedura selettiva la sostituzione avviene con le modalità già descritte. Al suo rientro in servizio il Dirigente titolare completa il proprio periodo di incarico ed è soggetto alle verifiche e alle valutazioni previste per i Direttori di struttura complessa.

Il CCNL precisa che le sostituzioni in questione non si configurano come mansioni superiori - le quali potrebbero, con il passare del tempo, divenire stabilizzate ai sensi dell'art. 2103 c.c. - in quanto avvengono nell'ambito del ruo-

lo e del livello unico della Dirigenza medico/veterinaria.

Ai Dirigenti incaricati della sostituzione dei Dirigenti assenti non spetta, nei primi due mesi della sostituzione, alcun emolumento; ove la sostituzione si protragga continuativamente oltre tale termine, al Dirigente spetta una indennità mensile di £. 1.036.000,= e per la sostituzione del responsabile di struttura semplice a valenza dipartimentale l'indennità mensile di £. 518.000,=; alla corresponsione delle indennità predette si provvede o con le risorse del Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento o indennità per i Dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa (art. 50 CCNL) o sul Fondo della retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale (art. 52 CCNL) (v. infra, Cap. XV, par. 8.3.) per tutta la durata della sostituzione. L'indennità di sostituzione può essere corrisposta anche per periodi frazionati, in quanto la corresponsione di essa si applica ad ogni eventuale periodo anche se ripetuto nel corso dello stesso anno.

Le aziende sanitarie - ove non possano fare ricorso all'istituto delle sostituzioni, così come descritto- possono affidare la struttura temporaneamente priva di titolare ad altro Dirigente con corrispondente incarico (Direttore di struttura complessa).

**7. - La revoca degli incarichi dirigenziali.** - La revoca degli incarichi dirigenziali di direzione di struttura complessa avviene con atto scritto e motivato, previo accertamento dei risultati negativi della gestione o dell'inosservanza delle direttive impartite dalla Direzione strategica aziendale, secondo le procedure e con gli effetti della valutazione negativa dell'attività del dirigente (v. infra, Cap. IX°).

Agli stessi criteri è ispirato il sistema delle revoche degli altri incarichi dirigenziali: atto scritto e motivato a seguito di accertamento della sussistenza di una delle cause di valutazione negativa dell'attività del Dirigente.

## Capitolo IX

# LA VERIFICA E LA VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI

**1.- Verifica e valutazione dei Dirigenti medici e veterinari.** - Indubbiamente, nelle aziende di produzione di beni o di erogazione di servizi che non attengono al settore della sanità, la verifica dei risultati e la valutazione della Dirigenza si presentano sotto un aspetto molto più semplice, in quanto tali funzioni rispondono a criteri, parametri e principi ormai consolidati nel mondo produttivo e, quindi, facilmente quantificabili in termini matematici. Di gran lunga più complesso si presenta il quadro di riferimento ove si intenda calarlo nel settore sanitario/assistenziale, laddove i parametri elaborati ed universalmente accettati nel mondo produttivo di beni e servizi non calzano con quella che è un realtà oltremodo soggettiva, sia con riferimento agli operatori sanitari, sia con riguardo ai destinatari della loro azione: la popolazione assistita. Al limite, quei parametri potrebbero anche valere per i Dirigenti responsabili di struttura complessa o per i Dirigenti responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale - i quali devono gestire in piena autonomia i rispettivi *budget* e le risorse assegnate loro - ma non certamente per i Dirigenti titolari di altri incarichi dirigenziali.

L'esigenza della verifica dei risultati e dell'attività svolta e della correlata valutazione dei Dirigenti medici e veterinari è nata con il riordino del Servizio attuato negli anni 1992/1993, quando la figura del sanitario nelle aziende sanitarie ha iniziato ad evolversi in qualcosa di più del tradizionale professionista, come sino ad allora era stato considerato. Infatti, in quegli anni il legislatore ha richiesto al Dirigente sanitario non solo quelle conoscenze tecnico/scientifiche che lo hanno sempre contraddistinto, ma anche una capacità organizzativa, direzionale e gestionale della struttura nella quale prestava la sua attività; in pratica, si esigeva la trasformazione di quel professionista in un **"vero e proprio manager"**. Da questo sconvolgimento dell'assetto tradizionale della sanità pubblica e, soprattutto, dalle nuove funzioni attribuite ai Dirigenti sanitari è stata delineata la cd. **"responsabilità manageriale"** (o gestionale, o direzionale) che ha investito la Dirigenza del S.S.N. e che ha comportato, come prima e diretta conseguenza, la necessità della verifica dei risultati conseguiti e delle attività professionali esercitate e della valutazione dei singoli Dirigenti in relazione alla loro posizione nel sistema organizzativo delle aziende sanitarie.

Il provvedimento delegato di razionalizzazione del S.S.N. (D.L.vo 19 giugno 1999, n. 229), da ultimo, ha completato il quadro del sistema verificatorio e valutativo, stabilendo gli organi aziendali titolari di tale funzione, le modalità, sia pure di larga massima, alle quali essi avrebbero dovuto uniformare la loro azione, ma soprattutto le ripercussioni che i due istituti - verifica e valutazione - avrebbero avuto sullo stato giuridico e sulla carriera dei Dirigenti interessati.

<sup>1</sup> **Sull'argomento, cfr.: PRIMICERIO B.: La legge di riordino del S.S.N.: l'autonomia gestionale del Dirigente medico ospedaliero e la conseguente responsabilità manageriale, in *Diritto sanitario moderno* 1996, 1-2, 1.**

Se a quanto sopra aggiungiamo che il nuovo CCNL dell'area dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N., tra i presupposti per il conferimento degli incarichi dirigenziali, ha incluso anche "l'applicazione del D.L.vo n. 286/1999, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto stesso", ossia i controlli interni aziendali, comprensivi dell'attività di valutazione dei Dirigenti, abbiamo tracciato il quadro completo del sistema.

**2. - La disciplina normativa dei due istituti.** - Le due rivoluzionarie riforme che negli anni 1992/1993 hanno investito i settori della sanità e del pubblico impiego hanno gettato il seme del **sistema dei controlli sull'attività** dei Dirigenti medici e veterinari, che sarà articolato, a regime, sugli incarichi di funzioni dirigenziali ai diversi livelli operativi, sulla verifica dei risultati conseguiti e sulla responsabilità dirigenziale, dai quali è derivato quello che possiamo individuare come il **subsistema della valutazione** della Dirigenza, finalizzato, all'origine, alla determinazione e corresponsione dei trattamenti economici accessori (es. la retribuzione di risultato); nelle varie manipolazioni normative che si sono succedute a partire da quella data, il fine originario di natura prettamente economica ha perduto di valore, sostituito dagli effetti giuridici della valutazione negativa, effetti che, oltre a comportare la revoca dell'incarico con contestuale attribuzione di una funzione dirigenziale di livello inferiore, possono provocare, nei casi più gravi, addirittura la risoluzione del rapporto di impiego.

In particolare, il D.L.vo n. 502/1992 aveva a suo tempo previsto l'istituzione, in ogni azienda sanitaria, di un **Nucleo di valutazione** o di un **Servizio di controllo interno**, entrambi finalizzati a coadiuvare l'organo di vertice aziendale (il Direttore generale) nel verificare - mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati - la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. Al tempo stesso, la norma stabiliva come a tutti i Dirigenti sanitari si applicasse il sistema della verifica dei risultati, già disciplinato dal D.L.vo n. 29/1993 in ordine alla funzione svolta dai Nuclei di valutazione.

Il D.L.vo n.29/1993 (art. 20) era andato ben oltre, prevedendo un primo compiuto processo di verifica dei risultati della Dirigenza sanitaria del S.S.N., sostituito qualche anno più tardi dal sistema introdotto dal D.L.vo 30 luglio 1999, n. 286, che ha obbligato tutte le pubbliche amministrazioni, anche sulla base dei risultati del controllo di gestione, a valutare annualmente, in coerenza con quanto previsto dalla contrattazione collettiva di comparto, le prestazioni dei propri dirigenti, nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative ad essi assegnate: le cd. competenze orga-

<sup>2</sup> Sull'argomento, cfr.: TANTURLI M.: Il sistema dei controlli interni alle aziende del S.S.N., in *Diritto sanitario moderno* 2000, 1, 25.

nizzative. Il D.L.vo n. 286/1999 stabilisce anche che il processo valutativo debba essere ispirato ai principi della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente (il cd. valutatore di prima istanza), della approvazione o verifica della valutazione da parte dell'organo componente (valutatore di seconda istanza) e, infine, della partecipazione al procedimento del valutato.

Il D.L.vo 10 giugno 1999, n. 229, di razionalizzazione del S.S.N., ha istituzionalizzato e cadenzato la verifica dei risultati e delle attività della Dirigenza medico/veterinaria e la valutazione dei singoli Dirigenti, disegnando un sistema articolato in una pluralità di organi titolari della predetta funzione, adeguandosi così al quadro tracciato dal quasi coevo D.L.vo n. 286/1999 e valido per tutte le Pubbliche Amministrazioni, sistema che al fine di una valutazione obiettiva dei Dirigenti, associa ai risultati della verifica evidenziati dal Nucleo di valutazione anche le risultanze del controllo di gestione eseguito annualmente dall'apposito Servizio aziendale. Quanto alla verifica delle attività tecnico/scientifiche dei Dirigenti medici, essa è attribuita all'apposito Collegio tecnico, nominato dal Direttore generale e presieduto dal Direttore di Dipartimento<sup>1</sup>.

Infine, il Contratto collettivo nazionale di lavoro per il quadriennio 1998/2001 dell'area relativa alla Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N. - stipulato in data 28 marzo 2000 - ha completato il quadro della verifica e valutazione dei Dirigenti medici con appropriate norme contrattuali anche in relazione agli effetti che i due istituti provocano sulla carriera e sul trattamento economico degli interessati. Esamineremo in appresso le norme contrattuali sull'argomento per comprendere appieno i meccanismi valutativi stabiliti in ordine alla Dirigenza medica e veterinaria in generale e ai singoli Dirigenti in relazione alla posizione da ciascuno di essi ricoperta nell'assetto organizzativo dell'azienda.

3. - Gli organismi aziendali preposti alla verifica e valutazione. - Il complesso sistema dei controlli sulla attività della Dirigenza medica e veterinaria prevede una pluralità di organismi, operanti nell'ambito dell'azienda sanitaria, ai quali è stata attribuita dalla normativa vigente la titolarità della verifica dei risultati raggiunti e dell'attività professionale svolta dai Dirigenti e della valutazione conseguente; questa competenza risulta sostanzialmente parcellizzata tra due organi specifici espressamente indicati nel CCNL, in quanto finalizzata a tenere differenziate le funzioni istituzionali dei vari Dirigenti in relazione alla posizione operativa da essi occupata in ambito aziendale e delle attività svolte. Tali figure organizzative rispondono tutte all'organo aziendale di indirizzo politico/amministrativo (la Direzione generale), dovendo riferire

<sup>1</sup> Sull'argomento, cfr.: PRIMICERIO 8.: la verifica dei risultati conseguiti e delle attività svolte e la conseguente valutazione dei Dirigenti medici del S.S.N., in *Diritto sanitario moderno* 2000, 1, 1.

esclusivamente ad esso le risultanze della loro attività di controllo.

Così, sono formalmente preposti alla funzione di verifica e di valutazione della Dirigenza medica e veterinaria i seguenti organismi:

- A) Collegio tecnico, per la verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i Dirigenti indipendentemente dall'incarico conferito, dei Dirigenti titolari di incarico di direzione di struttura complessa o semplice, anche con valenza dipartimentale, nonché dei Dirigenti di nuova assunzione ai fini del conferimento degli incarichi professionali;
- 8) Nucleo di valutazione (o, in alternativa, il Servizio di controllo interno), per la verifica dei risultati di gestione del Dirigente di struttura complessa e di struttura semplice dotata di *budget*, ossia con affidamento delle risorse, nonché per la verifica dei risultati raggiunti da tutti i Dirigenti, in relazione agli obiettivi affidati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato;
- C) Commissione di cui all'art. 15 ter del *D.L.vo* n. 502/1992. Questo organismo non ha competenza generale, ma limitata alle ipotesi degli ex Dirigenti medici di II° livello che non abbiano optato alla data del 31 luglio 1999 per il passaggio al rapporto ad incarico quinquennale, ma che entro il 14 marzo abbiano optato per il rapporto di lavoro esclusivo e che devono essere sottoposti, a seguito di loro domanda, a verifica.

A questi organismi dobbiamo aggiungere un organismo improprio, il Servizio preposto al controllo di gestione dell'azienda sanitaria, che, per il *D.L.vo* n. 286/1999, deve concorrere, con i suoi risultati, alla valutazione delle prestazioni di natura gestionale dei Dirigenti medici.

4. - La responsabilità dirigenziale dei Dirigenti medici e veterinari. - Al fine di meglio comprendere le logiche che governano la verifica e la valutazione dei Dirigenti medici e veterinari del S.S.N. riteniamo opportuno esaminare la responsabilità manageriale dei Dirigenti in questione, la quale è strettamente correlata, anzi ne costituisce il presupposto, al sistema. Questa tipologia di responsabilità deriva dalle nuove funzioni che il riordino/razionalizzazione del S.S.N. ha attribuito ai Dirigenti e, soprattutto, da quella autonomia, anche gestionale, che è stata loro riconosciuta; ma nella operazione di evidenziazione di questa responsabilità dirigenziale (o gestionale, o manageriale) dei Dirigenti del Servizio dobbiamo chiamare in causa anche il riassetto generale della P.A. e del pubblico impiego (*D.L.vo* n. 29/1993) che fa discendere da essa, in caso di valutazione negativa, sia la revoca dell'incarico dirigenziale con contestuale destinazione ad altro incarico, sia la revoca con esclusione del Dirigente interessato dal conferimento di ulteriori incarichi dello stesso livello.

La responsabilità manageriale costituisce la vera innovazione prodotta dal riordino del S.S.N. in tema di responsabilità della Dirigenza sanitaria delle strut-

ture sanitarie pubbliche, anche se si presenta in modo più marcato nei confronti di alcune figure dirigenziali che, o per la posizione di vertice aziendale ricoperta (es. il Direttore sanitario dell'azienda) o per la specifica funzione dirigenziale della quale sono investite (es. Direttore di struttura complessa: Dipartimento, Distretto sociosanitario, Servizio o Divisione ospedaliera, ecc.) sono chiamati a svolgere in ambito aziendale compiti di maggior rilievo.

La responsabilità manageriale deve essere interpretata come la conseguenza di un non funzionale e/o inefficiente rendimento/comportamento del Dirigente, accertati in sede di valutazione della sua attività. Innanzitutto, si concretizza nella mancata osservanza delle direttive strategiche aziendali, quali il mancato contenimento dei costi della struttura affidatagli senza reale giustificazione nell'ambito del *budget* assegnatogli, ovvero il mancato raggiungimento degli obiettivi aziendali predeterminati, o, ancora, una non idonea qualità delle prestazioni erogate direttamente o dalla struttura della quale è titolare, o, infine, una inadeguata utilizzazione delle risorse umane gestite; in secondo luogo può derivare da comportamenti personali non corretti e/o non adeguata a coesistere con l'immagine aziendale che, ormai, è stata collocata in primo piano da quell'assetto aziendalistico assunto dalle strutture sanitarie pubbliche.

Ne consegue che la responsabilità manageriale si presenta come una novità nel nostro panorama sanitario, atteso che solo il nuovo CCNL della Dirigenza medica e veterinaria ha preso in considerazione in modo specifico le modalità, le scadenze e le procedure della valutazione dei singoli Dirigenti medici; per cui possiamo agevolmente sostenere come tale responsabilità si presenti ancora non ben definita, dai contorni sfumati, soprattutto perché è ben lontana da quel modo tradizionale, che sinora ha prevalso, di considerare la figura del Dirigente sanitario in una ottica esclusivamente professionale e prestazionale. Ma, soprattutto, la responsabilità manageriale, una volta accertata, andrà ad incidere su quel rapporto, che riveste senz'altro un carattere fiduciario, tra l'azienda e il Dirigente, rapporto intorno al quale è stata costruita tutta l'impalcatura aziendalistica del S.S.N..

**S. - La frequenza delle verifiche.** - Il sistema valutativo nel suo complesso ha stabilito periodi di tempo differenziati per esperire le verifiche previste, in stretta correlazione con la natura, il livello e la durata degli incarichi dirigenziali conferiti ai singoli Dirigenti interessati. L'esame di questi incarichi e dei conseguenti tempi di verifica evidenzia una cadenza temporale di: un anno, tre anni, tre/cinque anni, cinque anni, cinque/sette anni; questa suddivisione rappresenta tanto le verifiche di fine incarico, quanto quelle intermedie che coinvolgono la Dirigenza medica nel modo che vedremo. Accanto a queste che possiamo definire anche tradizionali, esistono altre ipotesi di verifiche che non possono essere generalizzate in quanto riguardano solo alcune particolari catego-

rie di Dirigenti medici e veterinari, per la maggior parte Dirigenti già in servizio alla data di entrata in vigore del riordino del S.S.N. degli anni 1992/1993.

In primo luogo, dobbiamo prendere in considerazione la verifica dei **Dirigenti medici di nuova assunzione**, ai quali possono essere affidati, nel primo quinquennio di attività, solo incarichi di natura professionale; questi Dirigenti sono sottoposti a verifica *annuale* dal Nucleo di valutazione ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato e al termine del quinquennio (verifica *quinquennale*), da parte del Collegio tecnico, ai fini dell'eventuale conferimento di un incarico dirigenziale di altra natura.

**Tutti i Dirigenti medici** - ad eccezione del caso precedente - sono soggetti a verifica *triennale* da parte del Collegio tecnico al fine di accertare le attività professionali svolte ed i risultati raggiunti, oltre alla verifica *annuale* di competenza del Nucleo di valutazione esclusivamente ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

I **Dirigenti responsabili di struttura complessa o semplice a valenza dipartimentale** sono sempre assoggettati alla verifica *annuale* da parte del Nucleo di valutazione; questa, peraltro, agisce in due direzioni: per l'attribuzione della retribuzione di risultato e per l'accertamento dei risultati di gestione conseguiti dalla struttura. Sono, invece, sottoposti a verifica alla *scadenza dell'incarico* (cinque/sette anni per i primi e tre/cinque anni per i secondi) da parte del Collegio tecnico, per il rinnovo o la revoca dell'incarico in questione. Infine, anch'essi sono sottoposti a verifica triennale sempre da parte del Collegio tecnico.

I **Dirigenti medici titolari di incarico professionale, ecc. o di direzione di struttura semplice**, oltre ad essere soggetti alla verifica *annuale* finalizzata all'attribuzione della retribuzione di risultato e alla verifica *triennale*, sono sottoposti a verifica alla *scadenza dell'incarico* (triennale/quinquennale). Riteniamo inutile dilungarci sulle scadenze/scadenze delle verifiche in caso di *rinnovo* (conferma) dell'incarico dirigenziale, le quali sono le medesime effettuate nel corso del primo originario incarico.

Frequenze diverse sono state, invece, stabilite dal CCNL per alcune categorie di Dirigenti medici già in servizio alla data di entrata in vigore del D.L.vo n. 502/1992, di riordino del S.S.N., o del D.L.vo n. 229/1999, di razionalizzazione del Servizio:

**A) Dirigenti con incarico in corso all'entrata in vigore del CCNL:** verifica al termine *del triennio* dalla data del conferimento dell'incarico;

**B) Dirigenti medici ex 11° livello** che alla data del 31 luglio 1999 non abbiano optato per il passaggio al rapporto ad incarico quinquennale, ma optato entro il 14 marzo 2000 per il rapporto esclusivo: verifica entro il 31 dicembre 2000; l'organo competente alla verifica è la Commissione prevista dall'art. 15 ter, comma 2, del D.L.vo n. 502/1992.

Per quanto riguarda le scadenze per la verifica dei **Direttori di Diparti-**

mento e dei Direttori di Distretto sociosanitario, il CCNL rinvia a quanto disposto rispettivamente dagli artt. 17 bis e 3 sexies del D.L.vo n. 502/1992; ma entrambe le disposizioni, a loro volta, rinviano alla legislazione regionale di attuazione della normativa statale, per cui sarà necessario attendere i tempi tecnici dell'intervento legislativo da parte delle singole Regioni.

**6. - La verifica dei risultati conseguiti.** - Alla lettera, la **verifica dei risultati** conseguiti si riferisce, ovviamente, ad una struttura operativa, tant'è che sono soggetti a tale tipologia di controllo i **Dirigenti medici titolari di una struttura complessa o semplice con valenza dipartimentale**, anche se il CCNL prende in considerazione tale verifica per tutti i Dirigenti, ma finalizzata esclusivamente alla corresponsione della retribuzione di risultato.

La verifica dei risultati raggiunti da una struttura operativa - che si configura come una espressione del controllo di gestione - si concretizza nel monitorare l'attività della struttura stessa ai fini del controllo dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità nella gestione di essa, per ottimizzare, anche mediante l'adozione di tempestivi interventi correttivi, il rapporto tra costi e risultati. Evidentemente, nel caso delle strutture sanitarie, semplici o complesse che siano, è necessario tenere presente una serie di parametri riferiti all'attività tecnico/scientifica, che sfugge alle logiche di una gestione aziendalistica per abbracciare la cultura dell'assistenza. In ogni caso, la verifica dei risultati della struttura dovrà investire la gestione generale del *budget* ad essa attribuito dalla Direzione generale aziendale e, quindi, anche il governo delle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente assegnate.

Ci sembra opportuno ricordare che la verifica dei risultati conseguiti dalla struttura avrà come riferimento i seguenti parametri:

- A) la realizzazione delle direttive, dei programmi e dei progetti, predeterminati dalla Direzione strategica aziendale per ciascuna struttura operativa, in relazione agli obiettivi dei rendimenti e dei risultati della gestione;
- B) la corretta ed economica gestione delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche assegnate effettivamente alla struttura per il raggiungimento degli obiettivi;
- C) l'imparzialità e il buon andamento dell'azione diretta alla erogazione del servizio.

Con riferimento ai singoli Dirigenti, la verifica dei risultati raggiunti dai Direttori di struttura complessa (o semplice dotata di *budget* autonomo) dovrà tenere conto delle capacità gestionali con particolare riguardo al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di correlarsi con le altre strutture e servizi nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale, nonché dei risultati ottenuti con le risorse assegnate.

In questo quadro, non dobbiamo dimenticare che l'art. 15 bis del D.L.vo n.

502/1992 stabilisce come l'atto di diritto privato di organizzazione aziendale individui l'attribuzione ai Dirigenti di struttura con autonomia gestionale dei compiti - ivi comprese le decisioni che impegnano l'azienda sanitaria verso l'esterno - per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale; per cui, di conseguenza, l'operazione di verifica dei risultati, da parte del Nucleo di valutazione, dovrà tenere anche conto anche dei risultati ottenuti.

7. - La verifica delle attività svolte. - Se per i Direttori (medici e veterinari) di struttura complessa (o semplice con autonomia budgettaria) il parametro di riferimento per la verifica della loro attività è rappresentato dall'attività della unità operativa alla quale sono preposti, per quel che concerne gli altri Dirigenti la verifica delle attività svolte avrà, come parametro di riferimento, gli obiettivi affidati al sanitario, quali risultano dal contratto individuale di lavoro a suo tempo sottoscritto.

In proposito, ricordiamo che l'organismo deputato alla verifica delle attività svolte dai Dirigenti medici e veterinari è il Collegio tecnico.

Quanto all'oggetto della verifica, ricordiamo ancora che essa è caratterizzata dall'autonomia tecnico/professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati; questa autonomia tecnico/professionale deve essere esercitata nel rispetto della collaborazione multi professionale, nell'ambito di indirizzi operativi e dei programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale e aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Ne discende che la verifica delle attività svolte dai singoli Dirigenti non può prescindere dal preciso riferimento a tali principi.

8. - La valutazione della Dirigenza medica e veterinaria. - Sul concetto di valutazione della Dirigenza del S.S.N., esiste nella normativa di riferimento una notevole confusione, in quanto molto spesso le disposizioni in parola utilizzano le espressioni "verifica" e "valutazione" per indicare la medesima funzione: quel processo di accertamento diretto a fornire un giudizio generale, complessivo o specifico sui Dirigenti; quale esempio, possiamo citare il primo comma dell'art. 32 del vigente CCNL, laddove viene specificato che la valutazione dei Dirigenti medici del S.S.N. - che è diretta alla verifica del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa - costituisce una caratteristica essenziale e ordinaria del rapporto di lavoro dei Dirigenti medesimi. Ma anche altre norme dei D.L.vi n. 229/1999 e n. 29/1993 utilizzano le due espressioni in modo abbastanza improprio, in quanto, a nostro avviso, i due processi si presentano diversi, anche se strettamente collegati, in particolar modo se diretti a giudicare i risultati riferiti alla struttura; e, in quanto processi differenziati, non possono assolutamente essere confusi, anche perché i parametri di valutazione ai quali devono atte-

nersi non possono essere i medesimi.

Infatti, i due processi si differenziano, in primo luogo, da un punto di vista cronologico, in quanto la verifica dei risultati raggiunti e delle attività svolte si colloca a monte della valutazione dei singoli Dirigenti e costituisce il presupposto obbligato per la valutazione medesima; in secondo luogo, mentre la verifica si basa su parametri esclusivamente obiettivi, quasi matematici, la valutazione tiene conto anche di elementi difficilmente parametrabili da un punto di vista obiettivo che attengono alla personalità, alla cultura, alla professionalità, alle motivazioni e alle esperienze del Dirigente. La verifica, in sostanza, si concretizza in un momento di accertamento dell'attività svolta dal Dirigente e dalla struttura operativa presso la quale svolge la sua opera, mentre la valutazione si concretizza in un giudizio complessivo espresso su ogni singolo Dirigente.

Ne discende che tutto l'impianto procedurale per la valutazione del Dirigente è orientato - a differenza di quanto avviene per la verifica della gestione di una struttura operativa che analizza esclusivamente dati certi ed accertati - anche ad un giudizio relativo alla soggettività del sanitario esaminato. Ma lo stesso processo di cognizione delle caratteristiche soggettive del Dirigente agisce in chiave dinamica, nel senso che è proiettato nel futuro, in quanto il procedimento valutativo impostato dal legislatore e dalle Parti contrattuali è diretto ad attribuire incarichi dirigenziali di maggior livello secondo il principio della graduazione delle funzioni; infatti, questa tipologia valutativa, denominata "valutazione del potenziale", è diretta ad individuare i soggetti che presentino particolari capacità di sviluppo, destinati a percorrere i vari livelli dirigenziali della "carriera medico/veterinaria" ed essere utilizzati dall'azienda sanitaria in ragione di future necessità. A nostro avviso, la valutazione del potenziale dovrebbe costituire il fondamentale momento di giudizio dell'organismo valutatore sull'operato e sulle future possibilità del Dirigente, anche se, invece, i criteri e le modalità stabilite dal CCNL non tengono in alcun conto questo fondamentale aspetto del processo valutativo.

**g. - La scelta dei metodo e delle procedure di valutazione.** - La normativa rinvia, per quanto concerne la determinazione delle modalità e delle procedure valutative, alla contrattazione collettiva, anche se pretende un sistema oltremodo trasparente ed obiettivo; per cui, l'azienda deve preventivamente adottare criteri generali ai quali dovranno uniformarsi tali sistemi di valutazione delle attività professionali, delle prestazioni e delle competenze organizzative e gestionali dei Dirigenti, individuandone i parametri di riferimento, previa concertazione con le OO.SS. interne e di categoria.

In questa ottica, il CCNL (art. 32) ha precisato come le aziende sanitarie debbano definire meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dai Dirigenti in relazione ai programmi e obiettivi da perseguire, correlati alle risorse (umane, finanziarie e

strumentali) disponibili, stabilendo le modalità con le quali i processi di valutazione debbono svolgersi

A tale proposito, i criteri di valutazione dei Dirigenti medici devono necessariamente ispirarsi ai seguenti principi:

- A) trasparenza dei criteri e dei risultati;
- B) informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche mediante la comunicazione e il contraddittorio;
- C) diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che, in prima istanza, effettua la proposta di valutazione sulla quale l'organismo di verifica (Collegio tecnico) è chiamato a pronunciarsi.

Quindi, il processo di valutazione - a prescindere da quell'obbligo generico di trasparenza dei criteri e dei risultati, che risponde a principi generali del nostro ordinamento - deve prevedere una procedura che consenta l'informazione e la partecipazione, al limite mediante la comunicazione (diretta o indiretta) e/o l'eventuale contraddittorio del Dirigente sottoposto a verifica; trattasi nella pratica dell'applicazione dei principi ispiratori della legge n. 241/1990 sulla trasparenza amministrativa, applicazione che consente, nel caso di specie, al Dirigente di esprimere immediatamente le sue eventuali osservazioni al giudizio dell'organismo valutatore.

Inoltre, tali criteri presuppongono una prima proposta di valutazione dell'interessato da parte del Dirigente responsabile della struttura presso la quale egli presta la sua attività; evidentemente, ciò è ipotizzabile nei soli casi nei quali il sanitario si trovi collocato in una posizione sottordinata, quale titolare di incarico di direzione di struttura semplice, di natura professionale, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo.

Invece, questa procedura di doppio grado non può applicarsi ai Dirigenti di struttura complessa o di struttura semplice a valenza dipartimentale, in quanto non esiste un organo/struttura sovraordinato alle loro competenze. Né possiamo individuare, quale valutatore di primo grado, il Direttore del Dipartimento, in quanto, nella maggioranza dei casi, non possiede la competenza specifica per giudicare l'operato di un suo pari, se non per quel che riguarda gli istituti gestionali; non dobbiamo mai dimenticare che l'operato del Direttore di struttura complessa gode di una indiscussa autonomia tecnico/professionale che lo sottrae a giudizi sulle sue capacità professionali da parte di chiunque.

Sempre il CCNL stabilisce che l'oggetto della valutazione per tutti i Dirigenti, oltre gli obiettivi specifici riferiti alla singola professionalità ed ai relativi criteri di verifica dei risultati, debba vertere, in linea di principio, sui seguenti elementi, ulteriormente integrabili a livello aziendale, sempre previa concertazione con le OO.SS.:

- 1) la collaborazione interna alla struttura ed il livello multiprofessionale nell'organizzazione dipartimentale;

- 2) il livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività e della qualità dell'apporto specifico;
- 3) la capacità dimostrata dal Dirigente nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività, attraverso una equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e la gestione degli istituti contrattuali;
- 4) i risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e alla qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, alle certificazioni di qualità dei servizi;
- 5) la capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, nonché i conseguenti processi formativi e la selezione del personale;
- 6) il raggiungimento del minimo di credito formativo e l'osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati;
- 7) il rispetto del codice di comportamento dei dipendenti della P.A., approvato con D.M. 31 marzo 1994.

Un esame approfondito degli otto punti suesposti fa ritenere che ci troviamo di fronte ad una semplice e poco logica **elencazione di principi generali** che attengono in modo diversificato ai soggetti - attivi e passivi - della valutazione dei Dirigenti; infatti, alcuni di tali principi possono essere riferiti esclusivamente alle funzioni esercitate dai Nuclei di valutazione (o Servizi di controllo interno), mentre altri attengono alle attribuzioni assegnate al Collegio tecnico. Per quanto riguarda, poi, i soggetti passivi della valutazione - i Dirigenti - dobbiamo rilevare che se alcuni principi sono strettamente attinenti ai Direttori di struttura complessa o ai Dirigenti responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale, altri sono applicabili genericamente a tutti i Dirigenti e altri, infine, ai soli Dirigenti con incarico di natura professionale, di studio, ecc.. Potrebbe sembrare che le Parti contraenti non si siano volute sbilanciare nel determinare puntualmente i criteri e i principi ai quali le aziende devono riferirsi in sede di valutazione della Dirigenza medico/veterinaria ed abbiano fatto ricorso ad un indiscriminato riferimento a tutti i principi ipotizzabili, consentendo così alle singole aziende interessate di scegliere criteri e modalità di attuazione.

E se per i Dirigenti titolari di struttura complessa e assimilati, la valutazione annuale da parte dell'apposito Nucleo avrà come riferimento primario la gestione della struttura medesima, per gli altri Dirigenti avrà riguardo all'osservanza degli obiettivi affidati loro in termini di qualità e di quantità delle prestazioni, all'impegno e alla disponibilità dimostrati, in relazione all'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

In ogni caso, i **risultati finali della valutazione** devono essere riportati nel fascicolo personale dei Dirigenti interessati, in quanto i giudizi definitivi conseguiti costituiscono parte integrante degli elementi di valutazione delle aziende

sanitarie per la conferma (rinnovo) o per il conferimento di qualsiasi altra tipologia di incarico dirigenziale. Inoltre, come abbiamo già visto in precedenza, il fascicolo personale deve seguire il Dirigente nei casi di mobilità volontaria proprio con tali finalità.

10. - La valutazione dei Direttori di struttura complessa. - La valutazione dei Direttori di struttura complessa - come pure dei Dirigenti responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale - è effettuata annualmente dal Nucleo di valutazione o Servizio di controllo interno e deve riguardare: a) la gestione del *budget* affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate; b) tutte le funzioni delegate quale conseguenza dell'atto aziendale di diritto privato di organizzazione; c) la valutazione dei modelli di organizzazione adottati nella struttura per il raggiungimento degli obiettivi assegnatigli.

A tale proposito, per meglio, comprendere la portata delle verifiche di che trattasi, ricordiamo che ai Direttori di struttura complessa sono attribuite - oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali - funzioni di direzione e di organizzazione della struttura da attuarsi nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del Dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa struttura, nonché l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura affidatagli; inoltre, il Dirigente in questione è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse umane.

Non dobbiamo, peraltro, dimenticare che trattandosi di Dirigenti medici e veterinari è anche necessario valutare - sia triennialmente, sia al termine dell'incarico - l'attività professionale da essi svolta; sopperisce a questa necessità il Collegio tecnico aziendale che, per il D.L.vo n. 229/1999, deve procedere alla verifica delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti. Appare abbastanza evidente che la verifica delle attività professionali debba riguardare sia l'aspetto quantitativo sia, soprattutto, l'aspetto qualitativo delle prestazioni sanitarie erogate.

11. - Gli effetti della valutazione. - Evidentemente, in ragione della valutazione, positiva o negativa che sia, si verificano ricadute sul rapporto di lavoro del Dirigente. Infatti, qualora la valutazione obbligatoria - sia quella triennale, sia quella al termine dell'incarico dirigenziale - abbia dato esito positivo, per l'azienda sanitaria si è creato il presupposto per la conferma (rinnovo dell'incarico dirigenziale) del dirigente nel medesimo incarico o per il conferimento di altro incarico dirigenziale, dello stesso livello o di altro superiore. Per quanto riguarda i Dirigenti neoassunti, l'esito positivo della valutazione quinquennale rappresenta la condizione necessaria per il conferimento, da parte

dell'azienda sanitaria, di eventuali incarichi dirigenziali di struttura semplice, di natura professionale, anche di alta specializzazione, di studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo.

Infine, l'esito positivo della annuale verifica di risultato da parte del Nucleo di valutazione comporta l'attribuzione, a tutti i Dirigenti medici e veterinari, della retribuzione di risultato. Per i Direttori di struttura complessa e assimilati, l'esito positivo della verifica annuale concorre a formare la valutazione positiva triennale e di fine incarico.

Quanto ad effetti, invece, un esito non positivo della valutazione assume per l'interessato una rilevanza maggiore, in quanto può comportare, come ricaduta negativa sul suo rapporto di lavoro, effetti economici o effetti giuridici o, anche, entrambe le fattispecie. Per tali motivi, il CCNL vigente ha ritenuto opportuno assoggettare ad una disciplina oltremodo puntuale e garantista l'ipotesi della valutazione negativa.

In questa logica, innanzitutto, si impone che l'accertamento della responsabilità dirigenziale, a seguito dei processi di valutazione, comporti, prima della formulazione del giudizio negativo, un contraddittorio nel corso del quale devono essere acquisite le controdeduzioni del Dirigente interessato. L'accertamento di responsabilità che rilevi scostamenti rispetto agli obiettivi e ai compiti professionali, propri dei Dirigenti e definiti a livello aziendale, produce l'adozione da parte dell'azienda sanitaria dei provvedimenti di seguito elencati, commisurati tanto alla posizione rivestita dall'interessato nell'assetto organizzativo aziendale, quanto all'entità degli scostamenti rilevati.

In relazione alla posizione rivestita dal Dirigente, i provvedimenti che la Direzione generale dell'azienda sanitaria può adottare sono i seguenti:

A) **Direttori di struttura complessa o responsabili di struttura semplice, con o senza autonomia di budget:** l'accertamento della responsabilità dirigenziale, a seguito di processo di valutazione, dovuta alla inosservanza delle direttive e/o ai risultati negativi della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa può comportare:

- 1) la perdita, in tutto o in parte, della retribuzione di risultato;
- 2) la revoca dell'incarico e l'affidamento di altro incarico dirigenziale di valore inferiore a quello in atto. Ai Direttori di struttura complessa, la perdita dell'incarico rivestito comporta l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia immediatamente inferiore;
- 3) nei casi di accertamento di responsabilità particolarmente grave e reiterata, la revoca dell'incarico di direzione di struttura semplice e il conferimento di un incarico di natura professionale, ecc. di valore economico a quello revocato.

In ogni caso, il Direttore di struttura complessa che, alla verifica effettuata al termine dell'incarico, non superi positivamente la verifica per la conferma nell'incarico - fatta salva l'ipotesi di recesso dal rapporto di lavoro - rimane in ser-

vizio con altro incarico tra quelli professionali e, al tempo stesso, l'azienda sanitaria deve congelare un posto di Dirigente dello stesso profilo professionale;

**B) Dirigenti con incarico di natura professionale, ecc.:** l'accertamento delle responsabilità manageriali, rilevato a seguito delle procedure di valutazione e dovuto alla inosservanza delle direttive e all'operato non conforme ai canoni in precedenza esposti, può determinare:

- 1) la perdita, in tutto o in parte, della retribuzione di risultato;
- 2) la revoca dell'incarico e l'affidamento di altro incarico dirigenziale di valore economico inferiore;
- 3) nel caso di responsabilità grave e reiterata, l'ulteriore applicazione della revoca dell'incarico in godimento e l'affidamento di altro incarico di livello economico ancora inferiore.

Qualora la valutazione negativa (annuale, triennale e al termine dell'incarico) sia stata definita sulla base di elementi di particolare gravità, anche se estranei alla prestazione lavorativa, l'azienda sanitaria può sempre esercitare il **diritto di recesso**, previo conforme parere del **Comitato dei garanti**.

**12. - L'intervento del Dirigente interessato nel processo di valutazione.** - Il sistema contrattuale vigente per le diverse aree dirigenziali del S.S.N., presenta come novità, nei diversi processi di valutazione del personale relativo, l'intervento dell'interessato - mediante adeguata informazione e partecipazione, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio - nel processo in questione; tale diritto di intervento, nelle sue varie forme, del Dirigente interessato investe sia il procedimento valutativo attivato dal Collegio tecnico, sia il processo di verifica gestionale dinanzi al Nucleo di valutazione. Nel caso di più livelli gerarchici di valutazione, l'intervento dell'interessato è attivato in ogni livello di giudizio.

Il principio della partecipazione al procedimento del valutato trova la sua prima collocazione normativa nell'art. 21 del D.L.vo n. 29/1993 che stabilisce come il Dirigente della PA., nel caso di grave inosservanza delle direttive impartite e di ripetuta valutazione negativa, possa essere escluso dal conferimento di ulteriori incarichi, **previa contestazione e contraddittorio**.

Il CCNL del Comparto del S.S.N. (aree dirigenziali e non), all'atto dei loro rinnovi, hanno recepito tale principio generale prevedendo - laddove esiste una valutazione dell'operato (gestionale e/o prestazionale) del dipendente - particolari modalità garantiste per gli interessati nel caso di valutazione negativa. Così, i due Contratti dirigenziali prevedono l'obbligo di informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche mediante la comunicazione ed il contraddittorio. Sullo specifico argomento si è anche pronunciato il D.L.vo n. 286/1999, in tema di valutazione del personale con incarico dirigenziale, stabilendo espressamente la **partecipazione al procedimento del valutato**.

In particolare, per l'area della Dirigenza medico/veterinaria, il CCNL vigente-

dopo aver introdotto, tra i criteri generali ai quali deve uniformarsi il processo di valutazione, il principio inderogabile dell'informazione e della partecipazione dell'interessato - prevede che l'accertamento della responsabilità dirigenziale, a seguito dei processi di valutazione prestabiliti, debba essere preceduto, prima della formulazione del giudizio negativo, da un contraddittorio nel corso del quale devono essere acquisite le controdeduzioni del Dirigente, anche assistito da una persona di fiducia. A prescindere dalla terminologia usata per indicare le eventuali "repliche" dell'interessato, rimane il fatto che esse servono per dare modo all'organo valutatore di conoscere la posizione del soggetto sottoposto a valutazione rispetto alle eventuali responsabilità contestategli.

Questa partecipazione al processo di valutazione del Dirigente interessato assume, quindi, due tipologie e, per il solo personale dirigente non responsabile di struttura complessa (o semplice, ma con autonomia di *budget*), due fasi differenziate.

La prima tipologia di partecipazione si riferisce alla informazione adeguata che l'organismo valutatore ha l'obbligo di fornire all'interessato; è evidente che questo compito deve anticipare in forma idonea - prima della formalizzazione dell'esito finale del processo di valutazione - il presumibile esito del giudizio. È ancora più evidente che la forma dell'idonea informazione non può essere che scritta e deve contenere le motivazioni del giudizio che, nel caso di esito positivo, saranno sicuramente accettate dal Dirigente, mentre, nell'ipotesi opposta, gli consentiranno di intervenire come soggetto attivo nel procedimento valutativo, anche con la richiesta di essere sentito personalmente, oltre che di predisporre per tempo le sue controdeduzioni. Ovviamente, il Dirigente può scegliere di non intervenire in prima persona, trasmettendo le sue considerazioni scritte sugli addebiti mossigli; in ordine alle controdeduzioni, dobbiamo ricordare che la mancata assegnazione degli obiettivi aziendali ovvero la mancata assegnazione delle risorse (umane, finanziarie e strumentali) indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi non possono assolutamente costituire una motivazione valida per un esito negativo della valutazione del Dirigente.

La seconda tipologia della partecipazione dell'interessato al processo si concretizza nel cd. contraddittorio; innanzitutto, il contraddittorio è rappresentato dalla partecipazione, personale o meno, del Dirigente alla fase finale del procedimento valutativo; in questa fase il Dirigente può contestare il giudizio - ancora non definito - espresso dall'organismo valutatore, proponendo le sue giustificazioni, motivazioni e considerazioni sui singoli punti contestati. In secondo luogo riteniamo opportuno chiarire il significato della assistenza da parte di persona di sua fiducia. Questa scelta fiduciaria può ricadere o su un Dirigente sindacale o su un esperto della materia oggetto di giudizio: e, quindi, un medico per gli aspetti professionali o un legale o un esperto di gestione e/o di organizzazione aziendale. Riteniamo anche esser possibile che il Dirigen-

te si faccia assistere da un collegio di sua fiducia, soprattutto quando il giudizio sia più complesso e coinvolga tanto gli aspetti professionali quanto quelli relativi alla responsabilità manageriale; in ogni caso, l'interessato dovrebbe comunicare per tempo all'organismo di valutazione se ritenga o meno di farsi assistere nel contraddittorio.

Qualche perplessità, semmai, può essere avanzata in ordine alla legittimità procedurale di un intervento del fiduciario nel dibattimento senza la presenza dell'interessato, ossia se il fiduciario può agire in veste di procuratore del Dirigente soggetto a valutazione; ma anche su questo punto, in considerazione che l'impianto del contraddittorio è posto a tutela e garanzia del valutato, siamo dell'avviso che sia legittimo - sempre, peraltro, in presenza di apposita specifica procura - l'intervento di tale figura.

Un aspetto particolare della partecipazione del Dirigente interessato al processo valutativo è rappresentato - limitatamente ai medici non investiti di incarichi di direzione di struttura complessa - dai due gradi di valutazione previsti dal D.L.vo n. 286/1999; infatti, il provvedimento, ispirato al criterio del doppio grado di giudizio, prevede espressamente il principio della diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte dell'organo proponente (valutatore di prima istanza). Di conseguenza, calando questo principio nel procedimento di valutazione della Dirigenza medico/veterinaria, siamo portati a pensare che il giudizio debba essere proposto per tale tipologia dirigenziale dal Direttore della struttura complessa ovvero dal responsabile della struttura semplice a valenza dipartimentale alla quale afferisce il Dirigente valutato. Ma anche in questo caso l'interessato deve essere portato a conoscere - mediante idonea informazione - l'esito del giudizio di primo grado, per cui la scheda predisposta dal Dirigente primo valutatore, quale proposta all'organo di valutazione, deve essere revisionata (e controfirmata per presa visione) dall'interessato che viene, così, a conoscere il giudizio di prima istanza prima della sua trasmissione all'organismo istituzionalmente preposto al procedimento, potendo così, di conseguenza, contestare immediatamente il giudizio, controdeducendo nella sede istituzionale più idonea.

**Capitolo X**

**LA LIBERA PROFESSIONE  
INTRAMURARIA DEI DIRIGENTI MEDICI  
E VETERINARI CON RAPPORTO  
DI LAVORO ESCLUSIVO**

**1. - La Dirigenza medica e veterinaria e l'esercizio dell'attività libero professionale.** - Il rapporto di lavoro esclusivo della Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N. ha notevolmente ridotto quell'importanza che aveva sempre rivestito la problematica del possibile esercizio libero/professionale da parte di tale tipologia di personale aziendale all'esterno del luogo di lavoro. Peraltro - proprio con riguardo al delicato problema che non poteva essere affrontato e risolto solo in forza di apposite disposizioni di legge limitatrici dell'attività professionale - la contrattazione collettiva non solo ha svolto un ruolo determinante nella definizione dei principi ai quali assoggettare l'istituto, ma ha dovuto anche rimodellare *ex novo* il quadro dell'esercizio della libera professione intra ed extramuraria dei Dirigenti medici e veterinari.

E se, in precedenza, il problema era stato affrontato in termini sicuramente approssimativi in quanto il sistema sanitario aveva consentito - sia pure con alcune limitazioni più di carattere formale che di carattere sostanziale - il libero esercizio professionale della Dirigenza di che trattasi, tanto di quella legata all'azienda da un rapporto a tempo definito quanto di quella a tempo pieno. Ma, negli ultimi tempi - a seguito del riassetto prima e della razionalizzazione del S.S.N. successivamente - il problema della compatibilità dell'esercizio libero professionale della Dirigenza in questione si era riproposto in termini ultimativi, soprattutto con riferimento al nuovo rapporto di lavoro privatizzato del personale dirigenziale sanitario.

Dobbiamo ricordare ancora che il Ministero della sanità aveva cercato, nel tempo, di risolvere il problema del divieto dell'esercizio professionale extra *mœnia* mediante una serie di decreti applicativi delle restrizioni che le annuali leggi finanziarie apportavano al regime della libera professione del personale sanitario del S.S.N., decreti immediatamente impugnati dalle categorie interessate e sospesi dal Giudice amministrativo che vanificava così quei provvedimenti restrittivi. Il Governo, a questo punto - con un apposito decreto legge, poi convertito dal Parlamento - pone la parola fine al delicato argomento, anche sulla base di puntuali linee/guida ministeriali d'attuazione del nuovo sistema.

Oggi, la libera professione della Dirigenza sanitaria è definitivamente regolata sul piano normativo dal D.L.vo n. 229/1999 sulla razionalizzazione del S.S.N., che con la soppressione del tempo definito e la dichiarazione di esclusività del rapporto di lavoro ha, nella pratica, ritenuto residuale - ossia limitato ad alcune categorie di sanitari quale retaggio di un passato ormai non più proponibile - l'esercizio libero/professionale esterno. Al tempo stesso il provvedimento delegato assegnava alla contrattazione collettiva nazionale il compito primario di regolamentare, in dettaglio, l'istituto del libero esercizio professionale della Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N.

**2. - L'attività libero professionale intramuraria.** - Il principio fondamentale contenuto nel CCNL della Dirigenza medico/veterinaria del S.S.N. è

rappresentato dalla possibilità, per tutti i Dirigenti del ruolo sanitario - ivi compresi i Dirigenti dell'area medico/veterinaria - con rapporto di lavoro esclusivo di svolgere l'attività libero/professionale all'interno dell'azienda sanitaria, nell'ambito delle strutture aziendali individuate in un apposito atto, adottato dall'azienda con il concorso del Collegio di direzione, secondo le procedure ed i criteri regolati in sede di contrattazione integrativa decentrata.

Il CCNL definisce l'attività libero/professionale intramuraria come l'attività che detto personale, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'impegno di servizio in regime ambulatoriale, ivi comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day hospital, di daysurgery o di ricovero tanto nelle strutture ospedaliere quanto in quelle territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a suo carico o a carico di assicurazioni o di fondi integrativi del S.S.N.. Le modalità di questo esercizio professionale intra moenia sono disciplinate da ogni singola azienda, nel pieno rispetto dei principi contenuti nel CCNL.

Nelle more della realizzazione di proprie idonee strutture e spazi differenziati, finalizzati all'esercizio professionale intra moenia in regime di ricovero e ambulatoriale intra ed extra ospedaliero, le aziende sanitarie devono intraprendere tutte le iniziative previste dalle vigenti disposizioni per consentire ai Dirigenti l'esercizio di tale attività professionale; al limite, anche utilizzando spazi sostitutivi in altre aziende o strutture sanitarie non accreditate o studi professionali privati, ivi compresi quelli per i quali è richiesta l'autorizzazione all'esercizio delle attività.

Peraltro, l'esercizio dell'attività professionale intra moenia non deve essere in contrasto con le finalità istituzionali dell'azienda sanitaria e il suo svolgimento deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e la piena funzionalità dei servizi; a questi fini, l'attività in questione non può comportare, globalmente, per ciascun Dirigente un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. Per l'attività di ricovero, la valutazione è riferita anche alla tipologia e complessità delle prestazioni assistenziali erogate.

Di conseguenza, l'azienda deve negoziare, in sede di definizione annuale del *budget*, con i Dirigenti responsabili delle *équipes* interessate nel rispetto dei tempi concordati i volumi di attività istituzionale che devono comunque essere assicurati in relazione alle risorse assegnate; di conseguenza, l'azienda concorda con i singoli Dirigenti e le *équipes* interessate i volumi di attività libero/professionale intramuraria, volumi che, comunque, non possono superare quelli dell'attività istituzionale assicurati, prevedendo appositi organismi paritetici di verifica ed indicando le sanzioni da adottare in caso di violazione di quanto concordemente pattuito.

Per concludere, riteniamo opportuno riassumere i fondamentali principi operativi che regolano l'esercizio dell'attività professionale da parte della Diri-

genza sanitaria, quali si evincono dal D.L.vo n. 229/1999, dalla legge finanziaria per il 2000 e dai due contratti collettivi nazionali delle aree dirigenziali del S.S.N.:

- 1) Possono esperire l'attività libero/professionale intra moenia:
  - a) tutti i Dirigenti medici a rapporto di lavoro esclusivo che non abbiano optato per l'attività libero/professionale extra moenia e tutti i Dirigenti del ruolo sanitario (biologi, chimici, fisici, farmacisti e psicologi);
  - b) il personale universitario convenzionato, equiparato al corrispondente personale ospedaliero della Dirigenza sanitaria (medici inclusi);
  - c) il personale del comparto collocato nelle Categorie A, B, C e D ai sensi del vigente CCNL, limitatamente all'attività libero/professionale d'équipe;
- 2) L'attività libero professionale intramuraria deve servire anche a ridurre i tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda sanitaria, sentite le équipes ed i sanitari interessati;
- 3) Partecipazione della Regione- nel limite di una quota massima del 25% della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali a carico del S.S.N. - alle spese per le prestazioni libero/professionali erogate in regime di ricovero e di day hospital,
- 4) L'attività libero/professionale dei Dirigenti sanitari non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti d'istituto; per l'attività di ricovero la valutazione è riferita anche alla tipologia e complessità delle prestazioni;
- 5) La parità di trattamento dell'utenza assistita, a prescindere dal fatto che essa si avvalga di prestazioni rese in regime di esercizio libero/professionale intramuraria o di prestazioni erogate istituzionalmente dalle strutture del S.S.N..

3. - L'attività libero/professionale dei Dirigenti in servizio presso il Dipartimento di prevenzione. - L'art. 59 del vigente CCNL detta disposizioni particolari in ordine all'attività professionale dei Dirigenti medici e veterinari in servizio presso il Dipartimento di prevenzione delle AASSIL., in considerazione della delicatezza della loro funzione istituzionale, tenuto anche conto che nello svolgimento dei compiti di istituto sono anche ufficiali di polizia giudiziaria. Ovviamente, l'argomento non riguarda i Dirigenti medici delle aziende ospedaliere, nelle quali non esiste tale struttura.

Il contratto stabilisce che l'attività professionale intramuraria dei Dirigenti medici, veterinari e sanitari del Dipartimento predetto, erogata al di fuori dell'impegno istituzionale, concorra ad aumentare la disponibilità e a migliorare la qualità complessiva delle azioni di sanità pubblica, integrando l'attività di servizio. A tal fine - sempre fatta salva la possibilità di esercizio libero/professionale ove compatibile per la natura dell'attività stessa richiesta e del soggetto richiedente - l'attività professionale richiesta a pagamento è occasionale, ac-

quisita e organizzata dall'azienda sanitaria locale, la quale individua i Dirigenti da assegnare all'attività stessa, anche al di fuori delle strutture aziendali, nel rispetto delle situazioni individuali di incompatibilità da verificare in relazione alle funzioni istituzionali svolte, garantendo, di regola, l'equa partecipazione dei componenti le équipes interessate.

**4. - Le varie tipologie di attività libero/professionale. -11 vigente CCNL** individua le varie attività libero/professionali consentite ai medici con rapporto di lavoro esclusivo, alla cui spesa concorre la Regione, in termini variabili da attività ad attività come specificati per ciascuna tipologia. La ragione di questo concorso di spesa regionale deve essere individuata nell'obiettivo di una riqualificazione dell'assistenza sanitaria in quanto comporta un'inevitabile riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni:

- A) libera professione individuale, caratterizzata dalla scelta diretta da parte dell'utente, del singolo professionista cui è richiesta la prestazione. In questo caso, la Regione partecipa alla spesa - nelle sole ipotesi di regime di ricovero e di *day hospital* - nel limite di una quota variabile tra il 50 e il 70% della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali erogate dal S. S. N.;**
- B) attività libero/professionale a pagamento, svolta in équipes all'interno delle strutture aziendali e caratterizzata dalla richiesta di prestazioni da parte dell'utente, singolo o associato anche mediante forme di rappresentanza, all'équipe che vi provvede nei limiti delle disponibilità orarie concordate con l'azienda sanitaria. La Regione concorre alla spesa per questa tipologia di attività libero/professionale - sempre nelle sole ipotesi di ricovero ospedaliero o di prestazioni in *day hospital* - nel limite di una quota variabile tra il 50 e il 70% della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali erogate dal S.S.N.;**
- C) partecipazione ai proventi di attività professionale richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipes in strutture di altra azienda del S.S.N. o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda sanitaria con le stesse. Tale tipologia di prestazioni è consentita solo se a carattere occasionale e se preventivamente autorizzata dall'azienda sulla base della convenzione predetta. In questo caso, ma limitatamente alle prestazioni erogate in altra struttura del S.S.N.—la Regione partecipa alla spesa nel limite di una quota massima del 25% della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali a carico del S.S.N.;**
- D) partecipazione ai proventi di attività professionali a pagamento, richieste da terzi (utenti singoli o associati, aziende, enti, ecc.) all'azienda sanitaria al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa d'intesa con le équipes dei servizi interessati. Il CCNL dell'area dirigenziale medico/veterinaria considera**

prestazioni erogate in questo regime anche quelle richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende sanitarie ai propri Dirigenti al fine di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di una carenza di organico e dell'impossibilità anche momentanea di coprire i posti relativi con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes interessate e nel rispetto delle direttive regionali in materia; per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, la partecipazione regionale alla spesa non può essere superiore al 50% della tariffa praticata dall'azienda (art. 28, comma 3, legge n. 488/1999).

In ordine alle modalità con le quali deve essere prestata dai Dirigenti sanitari l'attività libero/professionale, il contratto si riferisce al modello stabilito dal D.M. 31 luglio 1997; l'autorizzazione ivi prevista deve essere concessa anche nei casi di esercizio di attività professionali svolte in qualità di specialista in medicina del lavoro o medico competente nell'ambito delle attività previste dal D.L.vo n. 626/1994 e successive modificazioni ed integrazioni, con esclusione dei Dirigenti che versino in condizioni di incompatibilità in quanto direttamente adetti alle attività di prevenzione (v. infra, par. 3).

La gestione dell'attività libero professionale in regime di ricovero è soggetta alle norme della legge finanziaria per il 1995 (legge 23 dicembre 1994, n. 724), per cui l'azienda sanitaria dalla quale dipende il presidio ospedaliero interessato, ovvero l'azienda ospedaliera, ha l'obbligo di specifica contabilizzazione.

**5. - La normativa transitoria.** - Indubbiamente, l'attuazione della vigente disciplina in tema di esercizio libero/professionale intra moenia comporta - non essendo la maggior parte delle aziende sanitarie attrezzate per organizzare appieno, all'interno delle proprie strutture, tale forma di attività nei limiti e con le modalità stabilite dalle disposizioni di legge e contrattuali - notevoli difficoltà operative; i due CCNL (artt. 56), pertanto, si sono attivati presentando una disciplina transitoria, nel senso che sino a quando non si saranno realizzate le condizioni ottimali previste per il sistema a regime sarà questa ad avere applicazione.

Questo regime transitorio consente sino alla emanazione delle direttive regionali e, comunque, non oltre sei mesi dalla data della entrata in vigore del contratto nazionale - alle aziende sanitarie, al fine di consentire ai Dirigenti medici, veterinari e sanitari, di autorizzare i Dirigenti stessi ad utilizzare, senza oneri aggiuntivi per l'azienda stessa e sempre al di fuori dell'impegno di servizio, studi professionali privati o strutture private non accreditate, con apposite convenzioni, alle seguenti condizioni:

- 1) preventiva comunicazione all'azienda dei volumi prestazionali presunti per ciascun anno, le modalità di svolgimento delle prestazioni e l'impe-

- gno orario complessivo;
- 2) definizione delle tariffe, d'intesa con i Dirigenti interessati (v. infra, par. 6);
  - 3) emissione delle fatture o delle ricevute da parte del Dirigente su bollettario dell'azienda sanitaria; gli importi corrisposti dagli utenti sono riscossi dal Dirigente, il quale, detratte a titolo di acconto le quote di sua spettanza nel limite massimo del 50%, provvede a versarli entro i successivi 15 giorni all'azienda la quale provvederà alle trattenute di legge e ai relativi conguagli;
  - 4) definizione del numero e della collocazione della sede o delle sedi sostitutive degli spazi aziendali, nella quale o nelle quali è transitoriamente autorizzato l'esercizio della attività libero/professionale intramuraria.

## **6. - La formazione delle tariffe e l'attribuzione dei relativi proventi.**

- L'art. 59 del CCNL dell'area dirigenziale che qui interessa fissa i criteri generali per la formazione delle tariffe e per l'attribuzione dei relativi proventi ai Dirigenti sanitari interessati. Le citate disposizioni contrattuali, peraltro, devono essere integrate con quanto prevede la legge finanziaria per il 2000 (legge 23 dicembre 1999, n. 488).

I criteri per la determinazione della tariffa delle prestazioni in attività libero/professionale intramuraria e la conseguente ripartizione dei proventi sono stabiliti dal Direttore generale, con il concorso del Collegio di Direzione dell'azienda sanitaria, nel quadro della contrattazione integrativa decentrata. Nella fissazione delle tariffe le aziende sanitarie devono tenere conto dei seguenti criteri:

- 1) per le attività ambulatoriali e di diagnostica strumentale e di laboratorio, la tariffa è riferita alla singola prestazione ovvero a gruppi integrati di prestazioni;
- 2) per le prestazioni libero/professionali individuali, in regime di day hospital o di ricovero, la tariffa forfettaria è definita tenendo conto dei livelli di partecipazione alla spesa della Regione; invece, le tariffe per le prestazioni libero/professionali comprensive di eventuale relazione medica sono definite dalle aziende sanitarie nel rispetto dei vincoli ordinistici, in contraddittorio con i Dirigenti interessati;
- 3) le tariffe per le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale e di laboratorio devono essere remunerative di tutti i costi sostenuti dalle aziende e devono, quindi, evidenziare le voci relative ai compensi per il libero professionista, per l'équipe, per il personale di supporto, nonché i costi, pro quota, anche forfettariamente stabiliti, per l'ammortamento e la manutenzione delle attrezzature;
- 4) le tariffe per le prestazioni a pagamento richieste dagli utenti non possono comunque essere determinate in importi inferiori a quelli previsti dalla normativa vigente a titolo di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria per le corrispondenti prestazioni. Peraltro l'amministrazione aziendale può

concordare tariffe inferiori per gruppi di prestazioni da erogarsi in regime libero/professionale, purchè finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa;

- 5) le tariffe per l'attività libero/professionale dei Dirigenti devono essere verificate con cadenza annuale, anche al fine del controllo obbligatorio sulla contabilità separata, previsto dalla legge n. 724/1994, diretto ad accertare che questa non presenti disavanzi.

In precedenza abbiamo precisato che la Regione concorre alla spesa, nel limite massimo del 25%, per l'attività libero/professionale prestata in regime di ricovero o di day hospital nelle strutture del S.S.N. diverse dall'azienda sanitaria interessata; la legge n. 488/1999 stabilisce, invece, che per quella tipologia di prestazioni, se svolta individualmente ed erogata in strutture sanitarie non accreditate, l'azienda sanitaria, d'intesa con il Dirigente interessato, determina le tariffe, le quali sono a totale carico del richiedente; su tali tariffe all'azienda sanitaria spetta una quota nella misura stabilita dalla contrattazione collettiva. Per le prestazioni erogate in équipe, invece, la tariffa è definita dall'azienda sanitaria, previa convenzione, anche per la determinazione dei compensi spettanti ai soggetti interessati e con il contraddittorio dei medesimi.

Le tariffe delle prestazioni libero/professionali - comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio - erogate in regime ambulatoriale sono determinate da ciascuna azienda sanitaria in conformità dei criteri stabiliti dalle Regioni e dalla contrattazione collettiva e sono a totale carico dei richiedenti. Per tali prestazioni spetta all'azienda il rimborso dei costi diretti ed indiretti sostenuti, nonché una quota della tariffa nella misura stabilita dalla contrattazione collettiva.

Per quanto riguarda l'attribuzione dei proventi derivanti dall'attività libero/professionale della Dirigenza medico/veterinaria e sanitaria, dobbiamo distinguere se le prestazioni erogate siano individuali o in équipe; nel primo caso la tariffa - depurata della quota spettante all'azienda sanitaria e diretta al rimborso delle spese sostenute, nonché della quota trattenuta per il personale aziendale di supporto e della quota non inferiore al 5% della massa di tutti i proventi e destinata all'accantonamento quale fondo aziendale per la perequazione per le discipline mediche e veterinarie individuate in sede di contrattazione integrativa decentrata - spetta interamente al Dirigente che ha effettuato la prestazione. Nel caso di prestazione erogata in équipe, invece, la distribuzione della quota parte della tariffa spettante ai singoli sanitari componenti avviene da parte delle aziende su precisa indicazione dell'équipe stessa.

**7. - Le altre attività a pagamento e quelle non rientranti nella libera professione intramuraria.** - Il CCNL ha sviluppato la differenza tra l'attività di consulenza prestata dai Dirigenti medici, veterinari e del ruolo sanitario all'interno dell'azienda e quella prestata, sempre in azienda, ma richiesta a quest'ultima da terzi; nella prima ipotesi, l'attività di consulenza interna costituisce incarico dirigenziale e rientra nelle tipologie di incarichi istituzionali,

mentre la seconda configura una particolare forma di attività aziendale a pagamento, (ossia attività libero/professionale a pagamento) da esercitarsi fuori dell'impegno di servizio.

Questa forma di attività libero/professionale è attuata nei seguenti casi e con le seguenti modalità:

- 1) in servizi sanitari di altra azienda sanitaria mediante apposita convenzione tra le istituzioni interessate che regoli: a) i limiti orari minimi e massimi dell'impegno, comprensivi anche dei tempi di raggiungimento delle sedi di servizio, compatibili con l'articolazione dell'orario di lavoro; b) il compenso e le modalità di svolgimento dell'attività;
- 2) presso istituzioni pubbliche non sanitarie o istituzioni socio/sanitarie senza scopo di lucro, mediante apposita convenzione tra i soggetti istituzionali interessati che attesti come l'attività non sia in contrasto con le finalità e i compiti istituzionali del S.S.N. e disciplini: a) la durata della convenzione; b) la natura della prestazione, che non può configurare in ogni caso un rapporto di lavoro subordinato e deve essere a carattere occasionale; c) i limiti dell'impegno, che deve essere compatibile con l'articolazione dell'orario di lavoro; d) l'entità del compenso; e) motivazioni e finalità della consulenza, al fine di accertarne la compatibilità con l'attività d'istituto.

Tra le attività di cui sopra rientra espressamente l'attività di certificazione medico legale resa dall'azienda sanitaria per conto dell'I.N.A.I.L. a favore degli infortunati sul lavoro e tecnopatici (D.P.R. n. 1124/1965); ovviamente questa ipotesi interessa esclusivamente la Dirigenza medica del S.S.N..

Una particolare forma di attività professionale a pagamento, praticabile solo per la Dirigenza medica, è rappresentata dall'ipotesi in cui - ove consentito dall'atto aziendale di individuazione del libero esercizio professionale intramoenia - l'assistito richieda che la prestazione sia resa direttamente dal Dirigente da lui prescelto ed erogata al suo domicilio, fuori dell'orario di servizio, in relazione alle particolari prestazioni assistenziali richieste o al carattere occasionale e straordinario delle prestazioni stesse o al rapporto fiduciario già esistente con il medico prescelto con riferimento all'attività libero/professionale intramuraria svolta individualmente o in équipe nell'ambito aziendale.

L'attività professionale richiesta a pagamento da terzi all'azienda sanitaria è svolta, fuori dell'orario di servizio, sia all'interno sia all'esterno delle strutture aziendali; tale attività può, a richiesta del Dirigente interessato, essere considerata attività professionale intramuraria e sottoposta alla relativa disciplina ovvero considerata come obiettivo prestazionale incentivato con le specifiche risorse introitate. L'atto aziendale, adottato con il concorso del Collegio di direzione, di individuazione dell'attività libero/professionale deve stabilire per le attività svolte: a) i limiti minimi e massimi di ciascun Dirigente, comprensivi anche degli eventuali tempi di raggiungimento delle sedi di servizio, compatibili con l'articolazione dell'orario di servizio; b) l'entità del compenso dovuto al Di-

rigente che ha effettuato la prestazione, ove l'attività abbia luogo fuori dell'orario di lavoro e l'eventuale rimborso delle spese sostenute, ove l'attività abbia luogo nell'orario di lavoro ma fuori della struttura di appartenenza; c) le modalità di attribuzione dei compensi e rimborsi spese; d) la partecipazione ai proventi per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio non può essere superiore al 50% della tariffa per le prestazioni finalizzate alla riduzione delle liste di attesa; e) l'attività deve garantire, di regola, il rispetto dei principi della fungibilità e della rotazione di tutto il personale che eroga le prestazioni.

I compensi per tutte le tipologie di attività sopraindicate affluiscono all'azienda sanitaria di appartenenza del Dirigente, che provvede ad attribuirne il 95% all'interessato con la retribuzione del mese successivo. L'onorario della prestazione, stabilito nel pieno rispetto dei vincoli ordinistici, è riscosso dal Dirigente che ha effettuato la prestazione, il quale ne rilascia la ricevuta al paziente su apposito bollettario dell'azienda; questo onorario deve essere versato, a cura del Dirigente che ha effettuato la prestazione, all'azienda di appartenenza entro cinque giorni dalla riscossione. L'azienda ne accredita il 95% al Dirigente con la retribuzione del mese successivo.

Il CCNL, attuando le disposizioni di carattere generale contenute nell'art. 58, comma 7, del D.L.vo n. 29/1993 ha chiarito che alcune attività non istituzionali - anche se retribuite - sono escluse dall'attività libero/professionale dei Dirigenti a qualsiasi ruolo appartengano, purchè essi ne richiedano l'autorizzazione alla azienda sanitaria di appartenenza:

- 1) partecipazione ai Corsi di formazione, Diplomi universitari e Scuole di specializzazione e diploma, in qualità di docente;
- 2) collaborazione a riviste e periodici scientifici e professionali;
- 3) partecipazione a Commissioni di concorso o altre Commissioni presso Enti o Ministeri (es. le Commissioni per gli invalidi civili, ecc. );
- 4) relazioni a Congressi, Convegni, ecc. e la relativa pubblicazione del o degli interventi;
- 5) partecipazione ai Comitati scientifici;
- 6) partecipazione ad organismi istituzionali della propria categoria professionale o sindacale non in veste di Dirigente sindacale;
- 7) attività professionale sanitaria, resa a titolo gratuito o con rimborso delle spese sostenute, a favore di Organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS), Organizzazioni e Associazioni di volontariato o altre Organizzazioni senza fine di lucro, previa comunicazione all'azienda sanitaria della dichiarazione da parte dell'Organizzazione interessata della totale gratuità delle prestazioni.

Inoltre, nessun compenso è dovuto dall'azienda sanitaria per le attività di cui sopra, ove esse debbano essere svolte per ragioni istituzionali in quanto strettamente connesse all'incarico dirigenziale conferito; l'ipotesi in questione è fatta rientrare dal CCNL nel principio dell'omnicomprensività retributiva, anche se

di tali funzioni l'azienda dovrà sicuramente tenere conto nella determinazione della retribuzione di posizione e di risultato.

8. - L'organizzazione della libera professione intramuraria. - L'allegato n. 9 al vigente CCNL - dopo aver affermato come principio che le aziende sanitarie riconoscono, promuovono e sostengono concretamente e attivamente l'attività libero/professionale intramuraria - stabilisce che le aziende sanitarie debbano definire in apposito atto, con l'ausilio del Collegio di direzione, nel rispetto dei criteri individuati in sede di contrattazione integrativa decentrata (v. infra, Cap. VI°, par. 5.1.) e in conformità alle disposizioni in vigore, le modalità organizzative dell'attività libero/professionale della Dirigenza medico/veterinaria.

Questa disciplina aziendale deve rispettare i seguenti principi:

- A) l'attività libero/professionale ambulatoriale deve essere organizzata in orari diversi da quelli stabiliti per qualsiasi tipo di attività istituzionale, compresa la pronta disponibilità;
- B) ove per ragioni tecnico/organizzative non sia possibile l'articolazione dell'attività libero/professionale in orari differenziati, dovrà essere stabilito un tempo *standard*, corrispondente al tempo mediamente necessario all'esecuzione delle medesime prestazioni in regime istituzionale, da recuperare in relazione al numero delle prestazioni effettuate ovvero da individuare con apposita timbratura;
- C) non è consentita l'attività libero/professionale relativamente ai ricoveri nei servizi di emergenza e di terapia intensiva, nelle unità coronariche e nei servizi di rianimazione ovvero per altre tipologie in relazione alla peculiarità delle patologie o delle norme da individuare in sede aziendale.

Le modalità autorizzative aziendali della libera professione intramuraria devono indicare:

- 1) gli spazi orari disponibili; 2) i locali e le attrezzature necessari; 3) le modalità organizzative, anche in relazione al personale di supporto, tra le quali le modalità per le prenotazioni e per la tenuta delle liste di attesa, nonché le modalità per l'utilizzazione dei posti/letto, degli ambulatori ospedalieri e territoriali, delle sale operatorie e delle apparecchiature da utilizzare per tale attività, garantendo comunque all'attività istituzionale carattere prioritario rispetto a quella libero/professionale; 4) l'istituzione di appositi organismi di verifica della libera professione intramuraria, promozione e monitoraggio, costituiti in forma paritetica in sede di contrattazione integrativa decentrata.

Il CCNL, in buona sostanza, sostituisce quanto, in tema di organizzazione della libera professione intramuraria, avevano a suo tempo stabilito le linee guida ministeriali (D.M. 31 luglio 1997), da considerarsi ormai nel loro complesso superate dopo l'entrata in vigore del D.L.vo n. 229/1999 di razionalizzazione del S.S.N..

## Capitolo XI

# LE CONTROVERSIE INDIVIDUALI IN MATERIA DI LAVORO

**1. - Le controversie individuali in materia di lavoro dei Dirigenti.** -- Il D.L.vo n. 29/1993 ha rivoluzionato il sistema che sino ad allora era stato in vigore in materia di controversie individuali di lavoro dei dipendenti delle strutture sanitarie pubbliche - e che vedeva nel Giudice amministrativo il titolare della giurisdizione esclusiva relativa: i TAR in primo grado e il Consiglio di Stato in grado di appello - per seguire quell'impostazione privatistica che si intendeva attribuire al rapporto di pubblico impiego.

Così, il citato decreto legislativo ha attribuito -a decorrere dal 1° luglio 1998 - al Giudice ordinario ogni tipo di controversia in ordine al rapporto di lavoro dei dipendenti di tutte le pubbliche amministrazioni, ivi comprese anche le aziende e gli enti del S.S.N.; il che significa che il momento della insorgenza della controversia - se precedente o successivo al 30 giugno 1998 - segna il limite temporale della competenza giurisdizionale.

Al tempo stesso, il provvedimento ha peraltro mantenuto, anche dopo tale data, nella competenza del Giudice amministrativo le eventuali controversie in ordine ai procedimenti concorsuali per l'accesso a posti della P.A., in quanto ha ritenuto che le procedure di pubblica selezione - comunque espletate - rappresentassero sempre una espressione dell'esercizio di pubblici poteri.

**2. - il problema della giurisdizione.** - L'art. 68 del D.L.vo n. 29/1998 ha devoluto al Giudice ordinario, in funzione di Giudice del lavoro, tutte le controversie relative ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle aziende sanitarie - ad eccezione di quelle [relative ai](#) gravami prodotti in merito ai procedimenti concorsuali pubblici che rimangono attribuite alla giurisdizione amministrativa - incluse quelle concernenti l'assunzione al lavoro, il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali e la responsabilità dirigenziale, nonché quelle relative alle indennità di fine rapporto, comunque denominate e corrisposte, anche se investono atti amministrativi presupposti. E, ove questi ultimi siano rilevanti ai fini della decisione, il Giudice ordinario li disapplica se illegittimi. Si deve anche tenere presente che l'eventuale gravame contro l'atto amministrativo rilevante nella controversia non sospende il processo dinanzi al Giudice ordinario.

Il Giudice ordinario, in funzione di Giudice del lavoro, adotta nei confronti dell'azienda sanitaria tutti i provvedimenti di accertamento, costitutivi o di condanna richiesti dalla natura dei diritti tutelati.

Le eventuali sentenze con le quali il Giudice riconosce il diritto all'assunzione, ovvero accerta che l'assunzione sia avvenuta in violazione di norme sostanziali o procedurali hanno anche effetto costitutivo o estintivo del rapporto di lavoro.

Al Giudice ordinario, in funzione di Giudice del lavoro, sono anche attribuite le controversie relative a comportamenti antisindacali delle aziende sanitarie - ai sensi e per gli effetti dello Statuto dei lavoratori (legge n. 300/1970) -

nonché le controversie promosse dalle OO.SS., dall'ARAN o dalle stesse aziende sanitarie, relative alle procedure di contrattazione collettiva, sia nazionale, sia integrativa decentrata.

3. - **¶ Collegio di conciliazione.** - Il D.L.vo n. 29/1993, all'art. 69, prevede che, prima di iniziare l'azione giudiziaria in merito ad una controversia individuale di lavoro, in sintonia con la disciplina che regola il sistema dell'impiego privato, il dipendente interessato debba investire della questione il Collegio di conciliazione previsto dal CCNL o, in sua mancanza, quello istituito presso l'Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione competente per territorio; il Collegio è composto dal Direttore dell'Ufficio o da un suo delegato che lo presiede, da un rappresentante del lavoratore e da un rappresentante dell'amministrazione aziendale. Il tentativo di conciliazione da parte dell'interessato costituisce il presupposto per la procedura giudiziale, la quale diviene attivabile una volta trascorsi novanta giorni dalla promozione del tentativo in questione.

A tale proposito è bene precisare che la materia delle procedure di conciliazione e arbitrato è stata inserita dal vigente CCNL dell'area dirigenziale medico/veterinaria del S.S.N. (art. 63) tra le cd. code contrattuali -che le Parti si erano impegnate a negoziare entro il 30 dicembre 2000 - per cui, allo stato, non esiste la possibilità pratica di agire attraverso il Collegio di conciliazione specifico; di conseguenza, in considerazione della obbligatorietà del tentativo ai fini dell'azione giudiziaria, il dipendente deve attivare la procedura dell'Ufficio del lavoro. È anche opportuno precisare che il D.L.vo n. 29/1993 prevede la costituzione obbligatoria, in ogni azienda sanitaria, di una unità operativa (ufficio, servizio, ecc.) per la gestione del contenzioso del lavoro in modo da assicurare un efficace svolgimento di tutte le attività stragiudiziali e giudiziali inerenti alle controversie.

Quanto alle procedure di conciliazione, il D.L.vo n. 29/1993 stabilisce:

- A) che la richiesta del tentativo di conciliazione debba essere sottoscritta dal Dirigente, debba essere consegnata all'ufficio presso il quale è costituito il Collegio competente o spedita a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e debba essere consegnata o spedita dall'interessato all'amministrazione aziendale di appartenenza;
- B) nella richiesta il Dirigente deve precisare: a) l'amministrazione di appartenenza e la sede lavorativa; b) il luogo dove gli devono essere fatte le eventuali comunicazioni; c) l'esposizione sommaria dei fatti e delle ragioni poste a fondamento della pretesa; d) la nomina del proprio rappresentante nel Collegio di conciliazione o la delega per la nomina stessa ad una Organizzazione sindacale;
- C) entro 30 giorni dal ricevimento della copia della richiesta, l'azienda sanitaria-qualora non accolga la pretesa del Dirigente-deposita presso (l'Ufficio del lavoro osservazioni scritte e nomina il proprio rappresentante in

seno al Collegio;

- D) entro i dieci giorni successivi, il Presidente del Collegio fissa la comparizione delle parti per il tentativo di conciliazione; in questa seduta l'amministrazione aziendale deve comparire mediante un soggetto munito del potere di conciliare;
- E) nell'ipotesi in cui la conciliazione riesca - anche solo per una parte della pretesa avanzata - viene redatto separato verbale (che riveste titolo esecutivo) sottoscritto dalle Parti e dai componenti il Collegio; ove la conciliazione non riesca, il Collegio deve formulare una proposta per la bonaria definizione della controversia. Nel caso in cui la proposta non sia accettata, i termini di essa sono riassunti nel verbale con indicazione della valutazione delle Parti;
- F) nel successivo giudizio sono acquisiti, anche d'ufficio, i verbali relativi al tentativo di conciliazione non riuscito ed il giudice valuta il comportamento tenuto dalle Parti nella fase conciliativa ai fini del regolamento delle spese;
- G) la conciliazione della lite da parte di chi rappresenta l'amministrazione aziendale - sia in sede di conciliazione sia in sede giudiziale - non può dar luogo a responsabilità amministrativa.

Capitolo XII  
LA PREVIDENZA

1. - La previdenza complementare. - A differenza del vigente CCNL del personale del comparto sanitario (art. 42) che affronta il problema della previdenza complementare - sia pure prospettando la previsione, per le Parti negoziali, di procedere alla costituzione di un Fondo nazionale pensione complementare per i lavoratori del Comparto sanità, ai sensi del D.L.vo n. 142/1993, della legge n. 339/1995 e della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (legge finanziaria per il 1998), e successive modificazioni e integrazioni - il vigente contratto collettivo dell'area dirigenziale medico/veterinaria non affronta proprio il problema; peraltro, lo inserisce nelle cd. "code contrattuali" da negoziare entro il 30 dicembre 2000.

2. - **li trattamento di fine rapporto (TFR).** - Il trattamento di fine rapporto (TFR) è disciplinato dall'art. 2120 del codice civile e consiste nella corresponsione al lavoratore subordinato, all'atto della cessazione del rapporto di lavoro, di una somma corrispondente ad una quota pari all'importo della retribuzione per ciascun anno divisa per 13,5.

Il vigente CCNL della Dirigenza medico/veterinaria non fa cenno alcuno all'istituto del TFR - a differenza del CCNL del personale del Comparto, il quale espressamente lo fa rientrare tra le code contrattuali, sia pur rinviando ad un apposito Accordo quadro Governo Confederazioni sindacali - per cui è necessario attendere l'Accordo quadro previsto per approfondire l'argomento che, oggi, non è ancora di attualità se non per l'attività posta in essere per raggiungere tale obiettivo.

Si deve, peraltro, tenere presente che nel frattempo è intervenuto il D.L.vo 17 agosto 1999, n. 299, sulla trasformazione in titoli del trattamento di fine rapporto ai sensi dell'art. 71 della legge 17 maggio 1999, n. 144, e, a livello legislativo, il Governo sta portando avanti il discorso per una regolamentazione formale dell'istituto medesimo.

## Capitolo XIII

# LA TUTELA PROTEZIONISTICA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA DEI DIRIGENTI SUL LAVORO

**1. - Le disposizioni contrattuali in materia.** - In materia di sicurezza del lavoro, il CCNL (art. 4, secondo comma, lett. E) della Dirigenza medico/veterinaria, al pari di norme analoghe contenute negli altri rinnovi contrattuali del comparto sanitario, effettua solo un fugace riferimento-tra le materie oggetto di contrattazione integrativa decentrata - alle linee di indirizzo e ai criteri per l'applicazione delle norme relative alla tutela in materia di igiene, ambiente e sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro, rinviando alla disciplina generale del D.L.vo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni e integrazioni e all'accordo nazionale quadro per l'attuazione del provvedimento; in tema di consultazione, invece, fa un espresso riferimento ai casi previsti dall'art. 19 del citato D.L.vo n. 626/1994, concernente il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori nel luogo di lavoro.

Questa genericità dei riferimenti contrattuali alla delicata materia della tutela protezionistica dei lavoratori nei luoghi di lavoro è dovuta alla capillarità della normativa nazionale che ha creato un sistema di sicurezza tale da prevedere tutte le fattispecie di rischio che possono verificarsi nelle attività lavorative di qualunque specie; questo sistema sembra, poi, creato a bella posta per prevenire ogni eventuale rischio che possa verificarsi nel settore sanitario: rischio chimico, cancerogeno, biologico e fisico, la cui tutela è ipotizzata in ogni possibile aspetto dal citato D.L.vo n. 626/1994, nonchè il rischio da radiazioni ionizzanti che è, invece, tutelato da altro specifico provvedimento, entrambi derivanti dagli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria.

Allo stato, il complesso sistema protezionistico è disciplinato da:

- a) il D.L.vo 15 agosto 1991, n. 277, applicabile al personale operante nel settore sanitario solo per la parte che riguarda la protezione dei lavoratori contro i rischi connessi all'esposizione al rumore durante il lavoro;
- b) il D.L.vo 19 settembre 1994, n. 626, successivamente modificato e integrato dal D.L.vo 19 marzo 1996, n. 242, e dal D.L.vo 4 agosto 1999, n. 359, recante il nuovo sistema protezionistico dei lavoratori;
- c) il D.L.vo 17 marzo 1995, n. 230, in materia di radiazioni ionizzanti.

Per un esame dettagliato della disciplina del sistema protezionistico - eccezione fatta per il rischio delle radiazioni ionizzanti e per le sanzioni penali ed amministrative previste in caso di non rispetto della normativa, si rinvia al volume, edito sempre dalla CISL-FPS regionale del Lazio: CANALI L., DI MAMBRO A.: Manuale per l'applicazione del D.L.vo 626/94 nella Pubblica Amministrazione, Roma, 2000.

**2. - La nuova impostazione protezionistica del D.L.vo n. 626/1994.** - Il legislatore comunitario ha impostato il nuovo sistema protezionistico del lavoratore nei luoghi di lavoro sul binomio formazione/informazione del lavoratore, colmando così le lacune, anche vistose, che infioravano la disciplina preesistente e rivoluzionando i principi che la informavano basate essenzialmente sul rischio

generico. È sufficiente citare, a titolo di esempio, la normativa generale sugli infortuni sul lavoro e le malattie professionali: T.U. 30 giugno 1965, n. 1124.

La nuova tutela protezionistica, infatti, si basa su un diverso approccio con il soggetto protetto dal sistema - il lavoratore - approccio derivante dalla nuova impostazione che ha investito lo stato sociale, ma soprattutto dalla nuova visione in termini tutelativi del lavoro, che ha preso piede in questi ultimi anni, e che è caratterizzata dalle modalità utilizzate nell'affrontare il problema; ed è proprio questa informazione generalizzata del lavoratore che contraddistingue il nuovo sistema, in quanto prevede la necessità che il lavoratore stesso sia reso edotto, non solo dei rischi che può correre e del loro grado di pericolosità, ma anche delle misure cautelari di sicurezza, individuali e collettive, che devono essere obbligatoriamente messe a sua disposizione dall'azienda sanitaria datore di lavoro e delle precauzioni che egli deve adottare per prevenire completamente, o quanto meno diminuire, il verificarsi di possibili infortuni.

Particolare rilevanza assegna il D.L.vo n. 626/1994 alla tutela della salute del lavoratore, tanto da stabilire la nomina obbligatoria in ogni azienda di uno o più medici competenti abilitati alla sorveglianza medica dei lavoratori e degli ambienti di lavoro; inoltre, al lavoratore è riconosciuto il diritto di essere informato personalmente in merito agli esiti delle visite mediche di controllo stabilite dalle diverse disposizioni protezionistiche ed ai risultati della sorveglianza dosimetrica.

Infine, il D.L.vo n. 626/1994 apporta sostanziali modificazioni alla disciplina in vigore in materia di igiene del lavoro - disciplina che risale agli ormai lontanissimi anni 1955/1956 - plasmandola secondo gli orientamenti più moderni ed attuali.

E proprio a riprova dell'importanza che il legislatore ha attribuito alla tutela protezionistica dei lavoratori, si ricorda che il D.L.vo n. 626/1994 ha reso obbligatoria l'istituzione in tutte le aziende sanitarie dell'apposito Servizio di prevenzione e protezione.

**3. - 11 rappresentante per la sicurezza.** - Il D.L.vo n. 626/1994, inoltre, prevede in tutte le aziende sanitarie la presenza obbligatoria di uno o più rappresentanti per la sicurezza, in relazione al numero dei dipendenti, eletti o designati dai lavoratori nell'ambito delle rappresentanze sindacali permanenti. Il Contratto collettivo quadro, approvato con DPCM 5 giugno 1996, stabilisce per tutte le Pubbliche amministrazioni il sistema di elezione o di designazione del o dei rappresentanti per la sicurezza in relazione al loro numero, il quale, peraltro, è stato fissato direttamente dallo stesso D.L.vo n. 626/1994:

- A) nelle aziende (o unità lavorative) sino a 15 dipendenti, un solo rappresentante eletto dai lavoratori;
- B) nelle aziende (o unità lavorative) da 16 a 200 dipendenti, un solo rappresentante individuato nell'ambito delle rappresentanze sindacali;

- C) nelle aziende (o unità lavorative) da 201 a 1000 dipendenti, tre rappresentanti nell'ambito delle rappresentanze sindacali presenti;
- D) nelle aziende (o unità lavorative) con oltre mille dipendenti, sei rappresentanti eletti o designati nell'ambito delle rappresentanze sindacali presenti.

Lo stesso Contratto collettivo quadro stabilisce che l'amministrazione aziendale ha il dovere di provvedere alla formazione del o dei rappresentanti per la sicurezza - una volta che esso o essi siano stati eletti o designati - formazione che deve, comunque, prevedere un programma base di 32 ore in ordine ai seguenti argomenti: a) conoscenze generali sugli obblighi e diritti previsti dalla normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro; b) conoscenze generali sui rischi dell'attività e sulle relative misure di prevenzione e protezione; c) metodologie sulla valutazione del rischio; d) metodologie minime delle comunicazioni.

La suddetta formazione - che è a totale carico dell'azienda sanitaria datore di lavoro - deve essere integrata ogni qualvolta siano introdotte innovazioni che abbiano rilevanza ai fini della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

4. - La consultazione del rappresentante per la sicurezza. - L'art. 19 del citato D.L.vo n. 626/1994 stabilisce le ipotesi di consultazione obbligatoria del rappresentante della sicurezza da parte dell'amministrazione della azienda sanitaria:

- 1) è consultato, preventivamente e tempestivamente, in ordine alla valutazione dei rischi, alla individuazione, programmazione, realizzazione e verifica della prevenzione nell'azienda ovvero nell'unità lavorativa;
- 2) è consultato sulla designazione degli addetti al servizio di prevenzione, all'attività della prevenzione degli incendi, al pronto soccorso, alla evacuazione dei lavoratori;
- 3) è consultato in merito all'organizzazione della formazione dei lavoratori in materia di sicurezza della salute;
- 4) in qualità di componente di diritto della riunione periodica - almeno annuale - di prevenzione e di protezione dei rischi è consultato in ordine al documento dei rischi presenti in azienda, all'idoneità dei mezzi di protezione individuale e ai programmi di formazione/informazione dei lavoratori ai fini della sicurezza e della protezione della loro salute.

Nell'ipotesi in cui il rappresentante della sicurezza non venga consultato sui temi suindicati - che sono fondamentali per il sistema della tutela protezionistica del lavoratore - egli deve farsi parte diligente e pretendere la consultazione da parte dell'amministrazione aziendale, anche perché il vigente CCNL dell'area dirigenziale medico/veterinaria richiama le ipotesi di sua consultazione obbligatoria da parte dell'azienda sanitaria datore di lavoro.

## Capitolo XIV

# LA FORMAZIONE DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA

1. - La formazione della Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N. - Il vigente CCNL non ha affrontato il problema della attività formativa della Dirigenza medico/veterinaria, lasciando così inalterati i termini nei quali la formazione permanente era stata determinata dal contratto collettivo precedente, laddove era stata disciplinata in un contesto complessivo articolato nella formazione permanente, nell'aggiornamento professionale e nella partecipazione alla ricerca finalizzata e alla didattica (art. 33).

Il problema della formazione del personale dirigenziale medico/veterinario del S.S.N. deve essere valutato nell'ottica di un sistema formativo più completo che tenga conto - oltre delle regole dettate dalle singole norme contrattuali che, ovviamente, si riferiscono ai rapporti (attivi e passivi) in materia di formazione dei Dirigenti con l'azienda sanitaria di appartenenza - anche dei contenuti del D.L.vo n. 502/1992, nel suo testo attuale, che richiama la formazione medica in generale; tant'è che l'art. 16 del provvedimento, con riferimento peraltro alla sola categoria professionale dei medici, si relaziona alla norma che individua la formazione specialista come una fattispecie che implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, comprese la medicina preventiva, le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione.

Sempre l'art. 16 del D.L.vo n. 502/1992 afferma due principi di carattere generale riferiti alla formazione:

- 1) la formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta;
- 2) durante il periodo della formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico/pratici nella disciplina.

Inoltre, su questo delicato argomento, dobbiamo tenere presente, sotto l'aspetto generale dell'attività formativa, la normativa - prevista dal [D.P.R.n. 484/1997](#) in materia di procedure selettive pubbliche per il conferimento degli incarichi di Direttore di struttura complessa del S.S.N. - che disegna un sistema di valutazione della formazione/aggiornamento articolato su parametri classificati e stabiliti, a livello ministeriale, da una Commissione scientifica in relazione al contenuto, agli obiettivi, alla qualità, al tipo di partecipazione richiesto, ed espresso in crediti formativi, così come avviene negli altri Paesi comunitari.

2. - La formazione continua. - Il principio della formazione continua, quale strumento fondamentale per lo sviluppo professionale della Dirigenza e la conseguente realizzazione degli obiettivi programmati dall'azienda, trova il suo fondamento nel D.L.vo n. 229/1999 (art. 16 bis) che articola la formazione continua in formazione permanente e nell'aggiornamento professionale.

Inoltre, la norma precisa che la formazione continua consiste in attività di

qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a Corsi, Convegni, Seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo; essa è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale, nelle forme e secondo le modalità indicate dalla apposita Commissione nazionale per la formazione continua. Questo organismo deve, tra l'altro, determinare:

- A) gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee/guida e dei relativi percorsi diagnostico/terapeutici;
- B) i crediti formativi che i Dirigenti devono complessivamente maturare in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per l'organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale, nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative.

Possiamo utilizzare l'art. 33 del precedente CCNL - tuttora in vigore - per ulteriormente qualificare la formazione continua, della quale le aziende sanitarie si avvalgono per la valorizzazione delle capacità ed attitudini personali e quale supporto per l'assunzione delle responsabilità affidate al fine di promuovere lo sviluppo del sistema sanitario.

L'attività formativa posta in essere dalle aziende sanitarie nei confronti del suo personale, in genere, e della Dirigenza medico/veterinaria, in particolare, consiste in una attività obbligatoria per la quale ogni anno l'amministrazione aziendale deve definire la quota di risorse da destinare ad essa mediante la costituzione di un apposito Fondo. Tale obbligatorietà agisce nei due sensi, in quanto le aziende devono attivarla e i Dirigenti vi devono partecipare; in ordine a questa seconda tipologia di obbligatorietà, la contrattazione collettiva deve prevedere specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale dirigenziale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale per la formazione continua.

L'attività formativa, per svolgere correttamente la sua funzione, deve essere continua, nel senso che non deve essere mai interrotta nell'arco lavorativo del Dirigente, necessità questa che si presenta nel settore sanitario in modo più incisivo che in altri settori di erogazione dei servizi pubblici essenziali, in quanto le conoscenze nel campo tecnologico e scientifico si prospettano con maggior frequenza che altrove. Ci sembra evidente, quindi, che il termine "continua" riferito alla formazione debba essere inteso come "ricorrente", con riferimento alla cadenza temporale con la quale le aziende sanitarie debbano procedere alla formazione del personale dirigenziale che ha già partecipato a precedenti corsi formativi; infatti, non riteniamo produttivo riproporre corsi formativi sul-

lo stesso argomento, ove non siano intervenuti mutamenti sostanziali in quell'ambito operativo.

Inoltre, costituisce regola generale che l'attività formativa debba essere attivata dalle amministrazioni nei confronti di tutti i Dirigenti, nessuno escluso: il che corrisponde alla regola della generalità della formazione al fine di rendere tutte le prestazioni della Dirigenza coerenti con il principio della qualità delle prestazioni individuali, qualità che forma anche oggetto di specifica valutazione da parte degli organi a ciò preposti.

Un problema organizzativo che riteniamo opportuno segnalare è quello concernente la collocazione della struttura formativa nell'assetto aziendale; a nostro avviso - così come avviene nelle aziende private di produzione di beni e servizi - essa dovrebbe essere inserita nell'area della gestione delle risorse umane, come subarea dedicata alla formazione continua.

**2.1. - La formazione permanente.** - La definizione di formazione permanente è fornita dall'art. 16 bis, comma 1, del D.L.vo n. 502/1992: " La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal S.S.N.".

**2.2.- L'aggiornamento professionale.** - Per aggiornamento professionale si considera, invece, l'attività formativa post base, successiva al Corso di diploma di laurea - specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale - diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale del Dirigente le conoscenze professionali di questo.

L'aggiornamento professionale può essere obbligatorio o facoltativo; l'aggiornamento obbligatorio deve essere inserito in appositi percorsi formativi, anche individuali, e deve essere concordata dall'azienda con il Dirigente o i Dirigenti interessati ed è considerato servizio utile a tutti gli effetti. L'attività di aggiornamento professionale obbligatorio può anche comprendere la ricerca finalizzata, in base a programmi approvati dalle aziende sanitarie anche in relazione agli interessi nazionali e regionali.

Il vigente CCNL (art. 21), a tal proposito, introduce il comando finalizzato per fini di aggiornamento professionale per periodi di tempo determinato presso enti o istituti nazionali o internazionali; tale forma di comando si articola in due tipologie: a richiesta dell'interessato (senza retribuzione) o su disposizione aziendale (v. infra, Cap. VII°, par. 9.2.). In questa seconda ipotesi al Dirigente sono corrisposti e gli assegni e, per un periodo non superiore a sei mesi, il trattamento di missione.

L'aggiornamento facoltativo comprende documentate iniziative, seleziona-

te dai Dirigenti interessati ed effettuate con il ricorso alle ore appositamente previste dal CCNL (quattro ore settimanali) come destinate ad attività non assistenziali: aggiornamento professionale, partecipazione all'attività didattica e alla ricerca finalizzata (v. infra, Cap. VI', par. 5.1. e 5.2.) e agli appositi permessi retribuiti (assenze retribuite), senza oneri a carico dell'azienda. L'eventuale concorso alle spese sostenute dal Dirigente è legato strettamente all'effettiva connessione delle iniziative con l'attività di servizio svolta.

**3.- La partecipazione dei Dirigenti alla didattica.** - La partecipazione del Dirigente medico o veterinario all'attività didattica si realizza nelle seguenti aree di applicazione:

- 1) corsi di specializzazione e di insegnamento universitario: Corsi di diploma di laurea e di diploma universitario (DU) o, secondo la recente riforma universitaria in via di attuazione Corsi di laurea (L) e Corsi di laurea specialistica (LS) e Corsi di specializzazione (DS);
- 2) corsi di aggiornamento professionale obbligatorio del personale del comparto del S.S.N., organizzati dalle aziende sanitarie;
- 3) corsi di formazione professionale post/base per i profili delle nuove professioni sanitarie: gli operatori dell'area infermieristico/ostetrica, dell'area riabilitativa, dell'area tecnico/sanitaria e dell'area della prevenzione;
- 4) formazione di base e riqualificazione del personale, secondo la distribuzione di tali operatori nelle aree di loro attività istituzionale, effettuata dalla legge n. 251/2000.

Tali attività didattiche - previa apposita selezione secondo l'ordinamento di ciascuna azienda Sanitaria e nel rispetto dei protocolli di intesa tra università e strutture del S.S.N., di cui all'art. 6 del D.L.vo n. 502/1992 - sono riservate, di regola, ai Dirigenti delle medesime aziende in base alle materie di rispettiva competenza, con eventuale integrazione di docenti esterni.

## Capitolo XV

# IL TRATTAMENTO ECONOMICO ED IL RELATIVO SISTEMA DI FINANZIAMENTO

1. - Il trattamento economico: generalità. - Rispetto al precedente contratto, il vigente CCNL della Dirigenza medica e veterinaria del S.S.N. ha ristrutturato la retribuzione dei Dirigenti, sia in conseguenza dell'unificazione delle precedenti due qualifiche dirigenziali, sia specificando all'interno di essa la parte di trattamento economico fondamentale e la parte di trattamento accessorio.

Inoltre, ha suddiviso il trattamento economico della Dirigenza in questione in relazione alla natura giuridica del relativo rapporto di lavoro: così, rinveniamo nel contratto specifici capitoli dedicati: al trattamento economico dei Dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo, al trattamento economico dei rapporti di lavoro ad esaurimento (es. dirigenti medici a tempo definito e Dirigenti veterinari esercitanti la libera professione extramuraria) e al trattamento economico dei Dirigenti con rapporto di lavoro non esclusivo.

2. - La struttura retributiva dei Dirigenti medici e veterinari. - L'art. 35 del vigente CCNL prevede che la struttura della retribuzione dei Dirigenti si componga delle seguenti voci:

A) Trattamento fondamentale:

- 1) stipendio tabellare;
- 2) indennità integrativa speciale, che viene confermata per tutto il quadriennio di durata del CCNL nella misura attualmente retribuita: £. 13.883.000,= annue, comprensive della 13<sup>a</sup> mensilità;
- 3) retribuzione individuale d'anzianità, ove acquisita;
- 4) indennità di specificità medica - che caratterizza per l'appunto la Dirigenza medico/veterinaria - prevista per la prima volta nel CCNL 5 dicembre 1996 (art. 54) secondo biennio economico, e fissata per tutti i Dirigenti nella misura di £.15.000.000, annui lordi, eccezion fatta per i Dirigenti ex II livello in servizio alla data del 31 luglio 1999 per i quali è fissata nella misura di £.20.000.000,= annua. Essa è fissa e ricorrente ed è corrisposta per tredici mensilità;
- 5) retribuzione di posizione minima -di parte fissa e variabile - prevista dalla Tabella 1 allegata al CCNL del 5 dicembre 1996, secondo biennio economico 1996/1997, attribuita in relazione alla graduazione delle funzioni dirigenziali ed è collegata all'incarico dirigenziale attribuito al Dirigente che ne fruisce. Essa compete per 13 mensilità;
- 6) assegno personale, ove spettante in forza del vigente contratto; il CCNL prevede l'assegno ai: Dirigenti ex IV> livello in servizio al 31 luglio 1999, nella misura di £. 13.263.000,= annue per 13 mensilità;

B) Trattamento accessorio:

- 1) retribuzione di posizione - parte variabile - eccedente il minimo contrattuale di cui alla Tabella 1 allegata al CCNL del 5 dicembre 1996, secondo biennio economico 1996/1997, sulla base della graduazione delle funzioni, ove spettante;

- 2) retribuzione di risultato, ai sensi dell'art. 65, comma 6, del CCNL 5 dicembre 1996;
- 3) retribuzione legata alle particolari condizioni di lavoro, ove spettante;
- 4) specifico trattamento economico, ove spettante quale assegno personale previsto e disciplinato dall'art. 38, comma 3, del vigente CCNL. La norma contrattuale prevede che agli ex Dirigenti di II° livello, assunti con incarico quinquennale ai sensi dell'art. 15 D.L.vo n. 502/1992, ed ai Dirigenti già in servizio che avevano optato per tale incarico venga confermato a titolo personale lo specifico trattamento economico in atto goduto con le medesime caratteristiche e natura previste dall'art. 58 del precedente CCNL, fatto salvo il caso di revoca dell'incarico quale conseguenza della valutazione negativa;
- 5) indennità d'incarico di direzione di struttura complessa; ovviamente, l'indennità in questione è corrisposta esclusivamente ai Dirigenti con rapporto esclusivo, stante il divieto del D.L.vo n. 229/1999, confermato dal CCNL, di attribuire incarichi di direzione di struttura (complessa o semplice) a quei Dirigenti che non abbiano optato per il rapporto di lavoro esclusivo. La misura di detta indennità fissa e ricorrente è stata determinata per tutto il quadriennio della durata contrattuale in f. 18.263.000,=. L'indennità in questione non viene più corrisposta in caso di mancato rinnovo dell'incarico di direzione di struttura complessa e grava sul Fondo relativo previsto dall'art. 50 del contratto.

Il CCNL conferma, a proposito del trattamento accessorio, l'abrogazione dell'istituto del lavoro straordinario per i Direttori di struttura complessa, istituto che, invece, rimane in vigore, ove non compensato con riposi sostitutivi, per gli altri Dirigenti medici e veterinari per le prestazioni svolte nei servizi di guardia e di pronta reperibilità (v. infra, Cap. VII°, par. 5.3, 5.4. e 5.5.).

Infine, spettano ad alcuni Dirigenti particolari indennità legate alla specifica attività da essi svolta: es. l'indennità di rischio radiologico, l'indennità di proflassi antitubercolare, ecc.; tali indennità sono previste e disciplinate da norme particolari.

3. - L'indennità di esclusività del rapporto di lavoro. - Quale conseguenza della generalizzazione a tutta la Dirigenza medica e veterinaria del rapporto di lavoro esclusivo ha assunto rilevanza l'indennità di esclusività, che costituisce una vera e propria innovazione introdotta in occasione del rinnovo della contrattazione collettiva; l'art. 42 del CCNL vigente, infatti, motiva la predetta indennità con il fine di promuovere il miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie, con il conseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale e con la razionalizzazione della spesa sanitaria. E comunque si applica a tutti i Dirigenti sia con rapporto di lavoro a tempo determinato sia con rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Peraltro la quantificazione, la disciplina generale e l'erogazione di essa veniva rinviata al secondo biennio economico 2000/2001.

Inoltre, la disciplina del rapporto di lavoro esclusivo, e del connesso trattamento economico è strettamente legata alla permanenza stabile nell'attuale quadro normativo del presente sistema di incompatibilità; per questo, ove eventuali norme sopravvenute dovessero modificare l'esclusività del rapporto di lavoro senza riferimento agli aspetti economici, il CCNL, per questa parte, dovrà essere immediatamente disdettato, con l'obbligo per le Parti di riaprire il negoziato entro 30 giorni. In ogni caso, resta fermo il mantenimento dell'indennità nei confronti di quei Dirigenti che, pur in un diverso contesto normativo, manterranno la loro opzione per l'esclusività del rapporto di lavoro.

Il vigente CCNL, biennio economico 2000/2001, ha disciplinato compiutamente l'indennità per l'esclusività del rapporto di lavoro dei Dirigenti medici e veterinari, in attuazione del citato art. 42 CCNL, stabilendo che si tratta di un'indennità fissa e ricorrente, corrisposta per 13 mensilità; essa costituisce un elemento distinto della retribuzione che non può essere calcolato al fine della determinazione del monte salari al quale, di regola, fanno riferimento gli incrementi contrattuali.

La misura annua dell'indennità in questione è stata così fissata:

£. 31.994.000,=per i Direttori di struttura complessa;

£. 24.000.000;=per i Dirigenti con una esperienza professionale nel S.S.N. superiore a 15 anni;

£. 17.610.000,=per i Dirigenti con un'esperienza professionale nel S.S.N. tra 5 e 15 anni;

f. 14.363.000,=per i Dirigenti con un'esperienza professionale nel S.S.N. sino a 5 anni.

Riteniamo opportuno specificare che il CCNL relativo al secondo biennio economico 2000/2001 ha ritenuto che l'anzianità complessiva prevista per l'iscrizione alle diverse fasce dell'indennità possa essere maturata, senza soluzione di continuità, anche in aziende sanitarie diverse.

Il passaggio alla fascia superiore dell'indennità - fatta eccezione per quella prevista per i Direttori di struttura complessa che, ovviamente, non è legata all'anzianità di esperienza professionale nel S.S.N. ma alla funzione svolta quale conseguenza della procedura selettiva di cui al [D.P.R. n. 484/1997](#) - è condizionato all'esito positivo della verifica triennale (v. infra, Cap. IX°); in caso di mancato superamento di questa, l'indennità sarà attribuita alla successiva verifica triennale. Invece, il mancato rinnovo dell'incarico di direzione di struttura complessa comporta, per il Dirigente interessato, l'attribuzione dell'indennità in questione prevista per la fascia immediatamente inferiore: quindi, £. 24.000.000,= annue. Qualora non coincidano i tempi tra la verifica e la maturazione dell'anzianità, l'azienda sanitaria provvede ad anticipare la verifica al trimestre immediatamente successivo al conseguimento del requisito di esperien-

za professionale; ove la verifica sia positiva, l'indennità decorre dal giorno del mese successivo alla maturazione dell'esperienza richiesta.

L'indennità di esclusività in godimento è mantenuta anche in occasione dei trasferimenti o delle vincite di concorso in altra azienda sanitaria del comparto, fatta salva, evidentemente, l'ipotesi del conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa, nella quale essa è attribuita in misura maggiore.

L'indennità in questione, in quanto compensativa di una opzione che modifica in modo irreversibile la sfera giuridica dei Dirigenti medici e veterinari del S.S.N., presenta caratteristiche di stabilità e, nel primo biennio di applicazione 2000/2001, trova la garanzia del finanziamento nei risparmi derivanti dai processi di riforma e razionalizzazione dei servizi sanitari in corso. Pertanto, le Regioni attiveranno, con idonei ed adeguati provvedimenti organizzativi, misure di indirizzo e controllo del governo clinico della spesa atte a garantire risparmi di gestione certi e consolidati, derivanti dalla qualificazione del servizio ospedaliero e dall'incremento di produttività - anche mediante l'applicazione degli opportuni protocolli diagnostici e terapeutici - la razionalizzazione della spesa sanitaria che consentirà il reperimento delle risorse necessarie al finanziamento dell'indennità di esclusività dei rapporto di lavoro (art. 11 CCNL secondo biennio economico 2000/2001).

Al termine di detto biennio contrattuale, si dovrà procedere ad una verifica del processo attuativo di tale istituto e del relativo finanziamento che continuerà ad essere assicurato dalle Regioni con voci di risparmio dalle stesse destinate a finanziare la spesa sanitaria ed aventi la medesima finalizzazione senza aggravio per il S.S.N.

**4. - Il trattamento economico dei Dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo.** - Non riteniamo opportuno, in questa sede, approfondire le misure del trattamento retributivo previste dal CCNL, per cui facciamo rinvio alla Parte II<sup>a</sup>, Titolo I<sup>o</sup>, capo II<sup>o</sup>, articoli da 36 a 42, del CCNL 8 giugno 2000 e al CCNL in pari data relativo al secondo biennio economico, nonché alle tabelle allegate ai due contratti collettivi.

Ci sembra importante ricordare che gli incrementi retributivi tabellari previsti dal sistema contrattuale per il primo e il secondo biennio economico sono stati scaglionati nei seguenti periodi: dal 1<sup>o</sup> novembre 1998 al 31 maggio 1999; dal 1<sup>o</sup> giugno 1999 al 30 giugno 2000; dal 1<sup>o</sup> luglio 2000 al 30 giugno 2001; dal 1<sup>o</sup> luglio 2001 alla scadenza contrattuale.

**5. - Il trattamento economico dei Dirigenti con rapporto di lavoro non esclusivo.** - Anche per questi Dirigenti facciamo rinvio alle singole disposizioni contrattuali previste dal sistema contrattuale collettivo dei due bienni economici 1998/1999 e 2000/2001: Parte II<sup>a</sup>, Titolo I<sup>o</sup>, Capo IV<sup>o</sup>, articoli da 45 a 48, del CCNL 8 giugno 2000 e al CCNL in pari data relativo al secondo biennio

economico, nonché alle tabelle allegate ai due contratti.

## **6. - Il trattamento economico dei rapporti di lavoro ad esaurimento.**

- Il problema riguarda sostanzialmente i Dirigenti medici a tempo definito, il cui rapporto di lavoro è stato soppresso dal D.L.vo n. 229/1999 con rinvio alla contrattazione collettiva per la definizione delle modalità di regolarizzazione dei rapporti soppressi; inoltre, sono disciplinati nel contesto complessivo degli artt. 43 e seguenti del CCNL vigente anche altri rapporti di lavoro ad esaurimento che riguardano particolari categorie dirigenziali presenti a pieno titolo nel precedente sistema sanitario: quali i Dirigenti veterinari che esercitano la libera professione extramuraria, gli ex medici condotti ed equiparati che non abbiano effettuato a suo tempo l'opzione tra tempo pieno e tempo definito.

Il CCNL, a tale proposito, determina misure di incremento economico in misura minore rispetto ai Dirigenti medici e veterinari con rapporto di lavoro esclusivo (artt. 43 e 44).

**7. - Gli effetti dei benefici economici.** - Il nuovo CCNL (art. 49) riordina la materia, che del resto era già stata regolata dalla contrattazione collettiva precedente, chiarendo alcuni aspetti in senso favorevole alla Dirigenza; la norma, infatti riconosce agli stipendi tabellari - così come sono stati migliorati dalle norme contrattuali che riguardano le singole specie di rapporto di lavoro della Dirigenza medico/veterinaria - di produrre effetti sulla tredicesima mensilità, sul compenso per lavoro straordinario, limitatamente a quei Dirigenti che hanno il diritto di effettuarlo, sul trattamento ordinario di quiescenza (sia normale sia privilegiato), sull'indennità premio di fine servizio corrisposta dall'INPDAP, sull'indennità alimentare per i Dirigenti sospesi dal servizio a seguito di procedimento penale, sull'equo indennizzo, sulle ritenute assistenziali e previdenziali e relativi contributi e sui contributi di riscatto.

Gli effetti in questione si applicano alla retribuzione complessiva in godimento, nelle sue componenti fisse e variabili.

Inoltre, tali effetti si applicano - in considerazione della loro natura stipendiale - anche:

- 1) all'indennità integrativa speciale;
- 2) all'indennità di specificità medica;
- 3) agli assegni personali pensionabili e non riassorbibili previsti dall'art. 43 CCNL per i Dirigenti medici a tempo definito e per i Dirigenti veterinari esercitanti la libera professione extramuraria;
- 4) agli assegni personali pensionabili e non riassorbibili previsti dall'art. 38 CCNL per i Dirigenti già di II livello assunti prima del 31 luglio (o anche dopo tale data purchè l'avviso pubblico per il conferimento dell'incarico sia stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale entro la predetta data);
- 5) all'indennità di direzione di struttura complessa.

Dobbiamo anche tenere conto che il CCNL in pari data, relativo al secondo biennio economico 2000/2001, ha esteso tali effetti anche all'indennità di esclusività del rapporto di lavoro.

I benefici economici di cui si è detto hanno effetto integralmente sulla determinazione del trattamento di quiescenza dei Dirigenti comunque cessati dal servizio, con diritto a pensione, nel periodo di vigenza del biennio contrattuale e di parte economica alle scadenze e negli importi previsti dalle disposizioni vigenti. Sempre il CCNL relativo al secondo biennio economico estende il principio anche agli incrementi da esso apportati.

Agli effetti dell'indennità premio di fine servizio, dell'indennità sostitutiva del preavviso e della speciale indennità in caso di morte del Dirigente prevista dall'art. 2122 c.c., si considerano solo gli scaglionamenti maturati alla data di cessazione dal servizio nonché la retribuzione di posizione minima contrattuale - parte fissa e variabile - di cui alla Tabella 1 allegata al CCNL 5 dicembre 1996, secondo biennio economico 1996/1997, e le modifiche ad essa apportate dal CCNL 8 giugno 2000, secondo biennio economico 2000/2001.

8. - Il finanziamento degli istituti del trattamento economico i Fondi aziendali - Il CCNL 8 giugno 2000-e, conseguentemente, il CCNL in pari data relativo al secondo biennio economico 2000/2001 - ha così disegnato, seguendo la impostazione della precedente contrattazione collettiva, il finanziamento degli istituti del trattamento economico sui cd. Fondi aziendali:

- 1) Fondo per: indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento o indennità per i Dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa (art. 50 CCNL 8 giugno 2000, primo biennio economico, e art. 9 CCNL in pari data, secondo biennio economico), Fondo già previsto e disciplinato nel precedente CCNL agli artt. 60 e 61;
- 2) Fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro (art. 51 CCNL 8 giugno 2000, primo biennio economico, e art. 10 CCNL in pari data, secondo biennio economico) già previsto e disciplinato nel precedente CCNL all'art. 62;
- 3) Fondi della retribuzione di risultato e Fondo per i premi per la qualità della prestazione individuale (art. 52 CCNL 8 giugno 2000, primo biennio economico, e art. 10 CCNL in pari data, secondo biennio economico) già previsto e disciplinato nel precedente CCNL all'art. 63.

Il sistema di finanziamento dei singoli Fondi sarà approfondito nei paragrafi che seguono.

Peraltro, le aziende sanitarie che, in attuazione delle vigenti disposizioni, rideterminano con atto formale la dotazione organica dei posti di funzione dirigenziale in numero superiore a quello preso a base del calcolo per la formazione dei Fondi aziendali sopraelencati - ovvero attivino nuovi servizi, anche ad

invarianza della dotazione organica con riferimento al trattamento accessorio - nel finanziare la predetta dotazione organica hanno l'obbligo di incrementare i relativi Fondi in modo congruo, con oneri a carico del proprio bilancio, tenendo conto:

- a) del valore delle posizioni organizzative di nuova istituzione e, comunque, della retribuzione di posizione minima contrattuale;
- b) delle risorse necessarie per sostenere i maggiori oneri derivanti dalla corresponsione del trattamento economico accessorio complessivo eventualmente spettante ai Dirigenti da assumere;
- c) dell'indennità per incarico di direzione di struttura complessa;
- d) dell'indennità di esclusività del rapporto di lavoro.

Il sistema dei Fondi aziendali - originariamente oltremodo rigido - è un sistema flessibile che vede i singoli Fondi interagire tra loro, in quanto è possibile spostare, in modo temporaneo o in modo permanente, le risorse economiche disponibili dall'uno all'altro, sia pure con modalità e procedure disciplinate in modo puntuale; inoltre, questo spostamento di risorse da un Fondo all'altro deve essere contrattato in sede aziendale.

8.1. - 11 Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento o indennità per i Dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa. - A proposito di questo Fondo, il vigente CCNL (art. 50) si limita a confermare quanto aveva stabilito il CCNL precedente (art. 60), specificando che il suo ammontare è quello consolidato al 31 dicembre 1997, comprensivo in ragione d'anno degli incrementi previsti a tale scadenza. Per il secondo biennio, il CCNL relativo procede al consolidamento del Fondo medesimo alla data del 31 dicembre 1999.

Il Fondo è altresì integrato, ai sensi del citato art. 50 del vigente CCNL:

- 1) con decorrenza 1° gennaio 1999, da una quota degli eventuali minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale, concordata in sede di contrattazione integrativa decentrata, nel rispetto dei risparmi aziendali prestabiliti all'atto della definizione del bilancio;
- 2) con decorrenza 31 dicembre 1999, da una quota pari all'1 % del monte salari annuo della Dirigenza medico/veterinaria, calcolato al netto degli oneri riflessi con riferimento al 31 dicembre 1997;
- 3) dalle risorse derivanti dal Fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro, in presenza di stabile modifica e razionalizzazione dell'organizzazione dei servizi, anche a parità di organico;
- 4) dal corrispondente ammontare degli assegni personali previsti dal CCNL per gli ex Dirigenti di II° livello in servizio alla data del 31 luglio 1999 e per i Dirigenti medici a tempo definito e i veterinari esercitanti la libera professione extramuraria.

Il CCNL per il secondo biennio economico 2000/2001 prevede che il Fondo,

oltre ad essere integrato con le risorse di cui ai nn. 1), 3) e 4) di cui sopra, è incrementato a decorrere dal 1° luglio 1999, annualmente:

- a) con decorrenza 1° luglio 2000, da una quota, in ragione d'anno, pari allo 0,6% del monte salari annuo della Dirigenza medico/veterinaria, calcolato con riferimento al 31 dicembre 1999;
- b) con decorrenza 1° luglio 2001, da una quota, sempre in ragione d'anno, pari allo 0,5% del monte salari annuo calcolato con riferimento al 31 dicembre 1999;
- c) con decorrenza 1° luglio 2000, dalle risorse relative allo specifico trattamento economico non più corrisposto dalla stessa data agli ex Dirigenti di II° livello ad incarico quinquennale;
- d) con decorrenza 1° febbraio 2001, al fine di dare attuazione ai processi di equiparazione retributivi previsti dall'art. 40 del vigente CCNL, da una quota delle risorse derivanti dai risparmi sulla retribuzione individuale di anzianità dei Dirigenti cessati dal servizio e già attribuite all'apposito Fondo dal pregresso CCNL; inoltre il Fondo di cui all'art. 47, comma 4, del precedente CCNL viene definitivamente unificato con il presente Fondo a decorrere dal 31 dicembre 2001.

Il Fondo deve essere integralmente utilizzato; eventuali risorse che annualmente a consuntivo dovessero risultare ancora disponibili nel Fondo devono essere temporaneamente utilizzate in quello per la retribuzione di risultato relativo al medesimo anno e, quindi riassegnate al Fondo a decorrere dall'esercizio finanziario successivo. Inoltre, è previsto che limitatamente alle aziende sanitarie che, durante il periodo di vigenza del CCNL precedente, non abbiano utilizzato in tutto o in parte il Fondo di cui all'art. 63, lettera a), l'uso di tale Fondo può ancora trovare applicazione con le medesime modalità.

Nell'arco della vigenza contrattuale, qualora le somme stanziare per il finanziamento dei Fondi di riferimento non siano impegnate nel rispettivo esercizio economico, sono riassegnate nell'esercizio dell'anno successivo ai Fondi di pertinenza.

8.2. - Fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro. - L'art. 51 del vigente CCNL - in seguito confermato dal 1° comma dell'art. 10 CCNL per il secondo biennio economico, sia pure con spostamento del suo ammontare a quello consolidato al 31 dicembre 1999 - conferma il Fondo per la corresponsione degli emolumenti connessi a determinate condizioni lavorative già previsto all'art. 62 del precedente CCNL e determina il suo ammontare a quello consolidato al 31 dicembre 1997, ossia all'anno precedente al periodo di riferimento contrattuale del I° biennio economico 1998/1999.

Il Fondo è finalizzato alla remunerazione di funzioni che comportano oneri, rischi o disagi particolarmente rilevanti, collegati alla natura dei servizi che richie-

dono interventi di urgenza o per fronteggiare particolari situazioni lavorative.

Quanto agli emolumenti che devono essere imputati al Fondo, essi sono stati individuati dal CCNL precedente (art. 62) e, in pratica, confermati dall'attuale CCNL:

- a) indennità di pronta disponibilità, la cui misura è fissata nella quota minima di f. 40.000,=;
- b) lavoro straordinario;
- c) indennità per lavoro notturno e festivo;
- d) indennità di rischio da radiazioni ionizzanti<sup>1</sup>;
- e) compensi per l'attività didattica;
- f) indennità di bilinguismo;
- g) indennità di profilassi antitubercolare.

Al fine dell'utilizzo del Fondo, il CCNL vigente conferma anche tutte le componenti necessarie per la gestione del Fondo previste dalla contrattazione collettiva precedente e, quindi: i destinatari, la misura delle indennità, le modalità della loro erogazione, la flessibilità dell'utilizzo delle risorse del Fondo stesso con riguardo al loro spostamento temporaneo o permanente nei Fondi, rispettivamente, per la retribuzione di risultato o di posizione.

Il CCNL rinvia, inoltre, alla contrattazione integrativa decentrata - sulla base dei modelli organizzativi adottati dall'azienda con riguardo alla razionalizzazione dell'orario di lavoro e ai servizi di guardia e di pronta disponibilità che abbiano carattere di stabilità - il compito di integrare il Fondo per indennità di specificità medica, di retribuzione di posizione, ecc. di cui all'art. 50 CCNL, ovvero di destinare i relativi risparmi a rideterminare l'importo dell'indennità di pronta disponibilità. L'eventuale trasferimento di risorse nel Fondo per la retribuzione di posizione è irreversibile.

Nell'arco della vigenza contrattuale, qualora le somme stanziare per il finanziamento del Fondo non siano impegnate nel rispettivo esercizio economico, sono riassegnate nell'esercizio dell'anno successivo al Fondo di pertinenza.

**8.3. - Fondo della retribuzione di risultato e Fondo per i premi per la qualità della prestazione individuale. -** Le risorse economiche affluenti annualmente ai due Fondi sono destinate a costituire una componente retributiva correlata ai risultati raggiunti dai Dirigenti e finalizzata, inoltre, a costituire un premio per il conseguimento di livelli di particolare qualità della

<sup>1</sup> L'indennità di rischio radiologico, stabilito dalla legge 27 ottobre 1988, n. 460, spetta in misura intera (1.200.000) ai medici di radiologia (ed equiparati, es. di medicina nucleare) in quanto ritenuti dal legislatore operatori esposti in via continuativa e professionale al rischio da radiazioni: altri Dirigenti medici - di diversa specialità, es. ortopedici - possono percepire l'indennità in questione in misura ridotta (L. 50.000) a condizione, peraltro, che sia accertata la loro esposizione al rischio, seppure in modo discontinuo, temporaneo o a rotazione: in questo senso, cfr. TAR Piemonte, sez. II, 14 ottobre 1999, n. 524).

prestazione.

Il CCNL, per quanto riguarda il finanziamento della retribuzione di risultato e per i premi per la qualità delle prestazioni individuali dei Dirigenti, nel confermare le disposizioni del sistema contrattuale precedente, utilizza i seguenti Fondi:

- a) Fondo per la retribuzione di risultato relativa ai livelli di produttività ed al miglioramento dei servizi del personale dirigenziale medico e veterinario;
- b) Fondo per i premi per la qualità della prestazione individuale.

Il sistema è ulteriormente confermato dal CCNL per il secondo biennio economico 2000/2001, sia pure con lo spostamento della data per l'individuazione dell'ammontare dei Fondi al 31 dicembre 1999.

Nell'arco della vigenza contrattuale, qualora le somme stanziare per il finanziamento dei Fondi di riferimento non siano impegnate nel rispettivo esercizio economico, sono riassegnate nell'esercizio dell'anno successivo ai Fondi di pertinenza.

Con decorrenza 1° gennaio 1998 i Fondi in questione sono formati dall'ammontare delle risorse economiche consolidate al 31 dicembre 1997, mentre con decorrenza 1° gennaio 2000 sono formati dall'ammontare delle risorse al 31 dicembre 1999.

Per la formazione del Fondo per la retribuzione di risultato relativa ai livelli di produttività e miglioramento dei servizi l'azienda sanitaria deve tenere necessariamente conto delle seguenti precisazioni:

- 1) nel consolidamento del Fondo, rispettivamente al 31 dicembre 1997 e al 31 dicembre 1999, non devono essere considerate le risorse aggiuntive previste dal CCNL 5 dicembre 1996, secondo biennio economico 1996/1997;
- 2) qualora gli incrementi derivino da economie gestionali, queste dovranno essere espressamente accertate a consuntivo dai Servizi di controllo interno (o dai Nuclei di valutazione) e dovranno corrispondere ad effettivi incrementi di produttività o di miglioramento dei servizi o di ottimizzazione delle attività;
- 3) è possibile utilizzare, anche temporaneamente, nel Fondo per la produttività collettiva, eventuali risparmi accertati a consuntivo nella gestione del Fondo per l'indennità di specificità medica, di retribuzione di posizione, ecc. e del Fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro.

Il Fondo per la retribuzione di risultato, relativa ai livelli di produttività ed al miglioramento dei servizi del personale dirigenziale medico e veterinario, sono, altresì, alimentati annualmente in presenza delle seguenti condizioni:

- A) con decorrenza 1° gennaio 1998, con le risorse derivanti dall'attuazione dell'art. 43 della legge finanziaria per il 1998 (legge n. 449/1997), nella

misura destinata dalle aziende sanitarie alla contrattazione integrativa e da altre disposizioni di legge che destinano una parte dei proventi delle aziende ad incentivi per il personale: trattasi dei proventi da contratti di sponsorizzazione e da accordi di collaborazione, da convenzioni con soggetti pubblici e privati, da contributi dell'utenza per i servizi pubblici non essenziali;

- B) con decorrenza 1° gennaio 1998, sulla base del consuntivo 1997, dell'1% (come tetto massimo) del monte salari annuo, calcolato al netto degli oneri riflessi con riferimento al 1997, secondo le modalità stabilite dalle singole Regioni negli atti di indirizzo per la formazione dei bilanci di previsione annuale, in presenza di avanzi di amministrazione e pareggio di bilancio ovvero della realizzazione annuale di programmi - correlati ad incrementi quali/quantitativi di attività del personale - concordati tra la Regione e le singole aziende sanitarie e finalizzati al raggiungimento del pareggio di bilancio entro il termine prestabilito dalle vigenti disposizioni. La verifica del raggiungimento di tali risultati è affidata al Servizio di controllo interno (o al Nucleo di valutazione) e costituisce, in ogni caso, condizione necessaria per l'erogazione dei compensi relativi alla retribuzione di risultato;
- C) il Fondo è ridotto per l'ammontare corrispondente agli emolumenti non più corrisposti ai Dirigenti a rapporto non esclusivo, ai sensi dell'art. 47 CCNL.

Le Regioni possono favorire l'assunzione e il perseguimento, da parte delle aziende sanitarie, di obiettivi strategici relativi al consolidamento del processo di riorganizzazione in atto ovvero collegati al reale recupero di margini di produttività, alla cui realizzazione finalizzano risorse aggiuntive sino al 31 dicembre 1999, data oltre la quale le risorse aggiuntive regionali sono assegnate al finanziamento dell'indennità di esclusività del rapporto di lavoro, mediante:

- a) l'incremento del Fondo per la retribuzione di risultato dell'1 % del monte salari annuo, calcolato al netto degli oneri riflessi con riferimento al 1997;
- b) l'ulteriore incremento del Fondo stesso pari allo 0,2% calcolato al netto degli oneri riflessi sul monte salari 1997, al fine di favorire da parte delle aziende sanitarie interventi di sviluppo occupazionale o interventi correlati ai processi riorganizzativi anche a seguito di innovazioni tecnologiche da definirsi in sede di contrattazione integrativa decentrata.

Il Fondo per i premi per la qualità della prestazione individuale, invece, non ha subito alcun mutamento da parte del nuovo CCNL, per cui rimane in vigore la disciplina del precedente contratto collettivo ed il Fondo è costituito dalle risorse economiche consolidate rispettivamente al 31 dicembre 1997, per il primo biennio, e al 31 dicembre 1999 per il secondo biennio.

Infine il CCNL - primo e secondo biennio economico - conferma il finanzia-

mento per la retribuzione di risultato e per il premio della qualità della prestazione individuale ai Dirigenti delle IPAB aventi finalità sanitarie. I Fondi sono quelli consolidati, rispettivamente, al 31 dicembre 1997 e al 31 dicembre 1999 e sono incrementabili dell'1 % sulla base del consuntivo 1997, così come previsto per le aziende sanitarie.

8.4. - Finanziamento dei fondi per incremento delle dotazioni organiche o dei servizi. - L'art. 53 CCNL prevede la necessità, per le aziende sanitarie che, rideterminando con atto formale la dotazione organica ovvero attivando nuovi servizi, anche ad invarianza della dotazione organica con riferimento al trattamento economico accessorio, si sono trovate nella situazione di avere un numero maggiore di posti dirigenziali rispetto a quello preso a base di calcolo per la formazione dei relativi fondi, di incrementare, in modo congruo, i fondi stessi con oneri a carico del proprio bilancio.

Nella determinazione dell'incremento si dovrà tenere conto di: a) il valore delle posizioni organizzative di nuova istituzione; b) la retribuzione di posizione minima contrattuale di cui all'art. 35, comma I, lettera A, del vigente CCNL; c) le risorse necessarie per sostenere i maggiori oneri derivanti dalla corresponsione del trattamento economico accessorio complessivo eventualmente spettante ai Dirigenti da assumere; d) le indennità per incarico di direzione di struttura complessa e di esclusività del rapporto di lavoro.

# Capitolo IV

## IL SISTEMA GENERALE DELLE RELAZIONI SINDACALI