

Contratti e convenzioni. Ecco tutte le (buone) ragioni per chiuderli, nonostante lo sciopero

Saverio Proia*

Le convenzioni vanno chiuse perché rappresentano il tassello fondamentale per avviare la riforma delle cure primarie e per questo la parte pubblica deve riuscire a superare le diffidenze dei sindacati. I contratti di dirigenza e comparto poi hanno due motivazioni per essere chiusi: adeguare la parte normativa e “sfruttare” la finestra della stabilità che ha sbloccato i trattamenti accessori



Purtroppo, nonostante il riconosciuto, da parte di tutti i sindacati medici, impegno svolto positivamente dal Ministero della Salute, in particolare dal Ministro **Lorenzin** e dal Sottosegretario **De Filippo**, dal Presidente del Comitato di Settore del Comparto Sanità, **Claudio Montaldo**, Assessore alla Sanità della Regione Liguria, sono stati confermati gli scioperi indetti da FIMMG e fa FIMP per il rinnovo sulla sola parte normativa del settore del rapporto convenzionale.

Non è bastato a convincere queste due sigle sindacali, il competente ed appassionato intervento dello stesso Montaldo, nell'incontro tra tutti i sindacati del settore dell'area del personale convenzionato, il Comitato di settore e la SISAC, teso a dimostrare con puntualità e competenza che non vi è alcuna divergenza tra l'accordo intercorso il 4 marzo 2015 e la proposta di nuovo Atto di indirizzo, rielaborato proprio per assumere le novità di tale intesa, né gli interventi a sostegno degli Assessori **Marroni** e **Garavaglia** della Toscana e della Lombardia; massimo rispetto per i sindacati quando proclamano azioni di lotta che, comunque nel campo delle relazioni sindacali sono un evento fisiologico e potrebbero costituire stimolo ed arricchimento per la durata e per i contenuti del confronto e della trattativa sindacale.

Premesso che l'obiettivo della trattativa, per il suo stesso mandato legislativo, è solo quello di adeguare la normativa degli accordi nazionali convenzionali alle novità di organizzazione del lavoro sanciti dalla legge Balduzzi e dal Patto per la Salute nient'altro, è impensabile che lo stesso possa essere un accordo a perdere in grado di far arretrare le condizioni economiche e previdenziali dei medici e degli specialisti convenzionati o che metta in discussione il loro rapporto giuridico con il SSN, mutato positivamente dalla stessa legge Balduzzi, che ha innovato rispetto il precedente articolo 48 della legge di riforma sanitaria n. 833/70, per due motivi tra loro interagenti: il primo è dato dalla ovvia considerazione che non solo FIMMG e FIMP non lo firmerebbero, come, certamente gli altri sindacati, il secondo è dato dalla considerazione che neanche il Comitato di Settore potrebbe riceverlo.

E' evidente, invece, che sia necessario dalla Parte Pubblica creare con il massimo sforzo possibile, un clima nella ripresa delle trattative nel quale prevalga la distensione e la comprensione per la diffidenza di alcuni sindacati, che tra l'altro sono tra i maggiormente rappresentativi della categoria, sugli obiettivi reali o presunti della stessa Parte Pubblica; infatti un processo di così respiro strategico qual è la realizzazione del sistema delle cure primarie presente sul territorio 24 ore al giorno e sette giorni alla settimana, così come delineato dal Patto per la salute 2014/2016 non si potrebbe realizzarsi se non con la condivisione e la partecipazione attiva dei professionisti interessati.

L'evoluzione del ruolo del medico di base e dal pediatra di libera scelta da monadi nel sistema sanitario a parte integrante del distretto sanitario, dell'ASL e del SSN non potrebbe che presupporre, per la portata storica di tale evento, la ricerca del consenso, della condivisione e della compartecipazione dei medici che, senza nulla cedere nei contenuti innovatori previsti nel Patto per la Salute, sia in grado di promuovere il loro protagonismo in tale processo riformatore: l'obiettivo è quello di far del medico di base e del pediatra di libera scelta non un "subordinato" alle direttive dell'Azienda sanitaria ma l'attore, nelle nuove forme associative, della nuova organizzazione del SSN che, questa volta non a parole ma con precise scelte strategiche, mette realmente al centro il territorio, le cure

primarie con la grande risorsa professionale costituita da operatori e professionisti dipendenti e convenzionati.

E' questo il vero e genuino assetto della sanità così come era stato sancito dalla legge 833/78 di riforma sanitaria, è la medicina e la sanità che i padri di questa riforma ci avevano delineato, se non profetizzato che, ora, dopo tanti decenni, si è in condizione di attuarlo, assetto che anche con l'avvio prossimo del rinnovo della convenzione della farmaceutica con l'attuarsi della "Farmacia dei servizi, primo presidio sanitario e sociosanitario di prossimità del Distretto e dell'ASL, si consoliderà ed estenderà.

Quindi il rinnovo degli accordi nell'area della convenzionata genererà tutti i conseguenti e necessari processi di riforma all'interno del SSN per realizzare gli obiettivi e le scelte di attuazione del Patto per la Salute nel quale il nuovo ruolo delle Cure Primarie nel territorio siano l'asse strategico del cambiamento e della rottura del precedente modello di organizzazione del lavoro sanitario e siano la condizione indispensabile per invertire la deriva, da troppo tempo in essere, di uno sviluppo a diversa velocità dei Servizi Sanitari Regionali riproponendo e riaffermando il ruolo di programmazione e di indirizzo unitari ed unificanti del Ministero della Salute in particolare e del Governo Nazionale in generale, come chiesto e preteso da tutti i sindacati.

L'attuale fase di rinnovo delle convenzioni costituisce, pertanto, una fase estremamente delicata per la stessa capacità del Ministero della Salute non solo di essere in grado di dar corso, insieme alle Regioni, alle parti più innovative e discontinue del Patto per la Salute, ma anche della stessa funzione di indirizzo e di guida dell'intero SSN da parte dello Stato.

Per questo sarebbe quanto mai utile ed opportuna lo svilupparsi dell'azione della SISAC in grado di tradurre, nella forma più estensiva possibile, le indicazioni innovative sia dell'Atto di indirizzo che dell'intesa del 4 marzo raggiunta con la stragrande maggioranza dei sindacati interessati, la volontà forte della parte pubblica per avviare, concludendone nel più breve tempo possibile, le trattative per il rinnovo degli accordi nazionali della medicina generale, della pediatria di libera scelta e della specialistica ambulatoriale.

Della strategia per raggiungere gli obiettivi del Patto per la Salute 2014/2016 sono certamente soggetti protagonisti i medici, i pediatri, gli specialisti e le farmacie dell'area convenzionata ma analogo ruolo di soggetti protagonisti è ovviamente, svolto dall'insieme delle professioni mediche e sanitarie nonché di tutto il restante personale del S.S.N, a rapporto di lavoro dipendente.

Come sancito da più articoli dello stesso Patto tesi a favorire la valorizzazione e la partecipazione della risorsa umana e professionale, questa costituisce l'asse centrale delle "linee di produzione del bene di salute individuale e collettiva, umana ed animale, che hanno reso il nostro SSN il primo nell'Emisfero Occidentale, partecipazione e valorizzazione da prevedere anche, come richiama il punto 15 dell'articolo 5 sempre del vigente Patto per la Salute, anche attraverso scelte contrattuali.

Quindi, se da un lato l'auspicabile definizione positiva degli accordi nazionali per il personale convenzionato e delle farmacie, attraverso la riformulazione della loro parte normativa, potrà contribuire alla realizzazione del nuovo sistema delle Cure Primarie, dall'altra parte, sarebbe quanto mai opportuno lo sviluppo di un soggettivismo contrattuale nell'area del personale dipendente in grado di contribuire positivamente all'edificazione del nuovo assetto organizzativo e professionale come delineato dal Patto per la Salute nei Distretti, negli Ospedali e nei Dipartimenti di Prevenzione.

Purtroppo anche se costituisce un risultato positivo e storico l'aver riconosciuto la diversità originale della dirigenza medica e sanitaria dalle restanti parti della dirigenza pubblica, nel testo del disegno di legge Madia approvato dal Senato, non è stata ancora accolta la proposta, da più parti avanzata, di diverso assetto delle aree contrattuali della dipendenza, prevedendone una diversa e specifica per la dirigenza medica e sanitaria e quindi non si è potuto ancora avviare, anche se prevista dalla precedente legge di stabilità, trattativa per la sola parte normativa per il rinnovo contrattuale del personale dipendente.

Questo vulnus potrebbe essere alleviato, ma non sostituito, sviluppando le possibilità aperte dalla vigente legge di stabilità che ha sbloccato la contrattazione integrativa aziendale dandosi l'obiettivo di coniugare il miglioramento del trattamento economico del personale dirigenziale e del comparto del personale del S.S.N. agli obiettivi di innovazione del Patto per la Salute.

Per questo sarebbe quanto mai opportuna ed auspicabile un'iniziativa comune di Ministero della Salute e Regioni per concordare con i sindacati comportamenti omogenei ed uniformi,

salvaguardo le specificità regionali e le loro competenze nell'organizzazione delle aziende sanitarie, nei rinnovi degli accordi nella contrattazione integrativa aziendale con l'obiettivo primario di tendere ai livelli più alti possibili evitando il perpetuare di diversi Servizi Sanitari Regionali a diversa velocità anche nell'attuazione degli obiettivi del Patto per la Salute attraverso la modifica contrattata e condivisa dell'organizzazione del lavoro negli ospedali, nei distretti sociosanitari, nei dipartimenti di prevenzione.

Le Regioni, con proprio atto, hanno già analizzato le novità introdotte dalla Legge 190 del 2014 in materia di trattamento economico del personale del SSN in particolare:

1. non è più operante il limite del trattamento economico individuale nella misura pari a quella in godimento per l'anno 2010 e quindi sono ripristinate per i dirigenti medici, veterinari e sanitari le progressioni dell'indennità di esclusività contrattualmente previste, nonché le forme di equiparazione al raggiungimento dei 5 anni di attività per questi dirigenti e per quelli amministrativi, tecnici e professionali;
2. è decaduto il limite alla determinazione delle risorse economiche destinate alle contrattazioni aziendali e il loro riproporzionamento legato all'andamento della dotazione organica e quindi sono ripristinate sia per il comparto che per le aree dirigenziali l'entità dei fondi contrattuali preesistenti al 31 dicembre 2014;
3. dal 2015, e con esclusivo riferimento al gettito dello stesso anno, è incrementabile il fondo aziendale del personale del comparto e della dirigenza per effetto delle risorse derivanti dalla Retribuzione Individuale di Anzianità del personale che cessa nell'anno con conseguente produzione degli effetti incrementalizzati sulla consistenza dei fondi a partire dal 2016 con la conseguente riformulazione delle altre voci di rivalutazione economica automatica dei fondi previste dai diversi contratti nazionali;
4. non essendo più operante il limite all'effettuazione delle progressioni orizzontali ai fini giuridici, si riattiva, per il personale del comparto, la possibilità di realizzare, ai fini giuridici ed economici, i passaggi di fascia / progressioni orizzontali all'interno delle categorie contrattuali.

Vorrei ricordare che è sempre operante il disposto dell'art. 6 della legge 111/2011 che prevede che: *"omissis 5. In relazione ai processi di cui al comma 4, le eventuali economie aggiuntive effettivamente realizzate rispetto a quelle già previste dalla normativa vigente, dall'articolo 12 e dal presente articolo ai fini del miglioramento dei saldi di finanza pubblica, possono essere utilizzate annualmente, nell'importo massimo del 50 per cento, per la contrattazione integrativa, di cui il 50 per cento destinato alla erogazione dei premi previsti dall'articolo 19 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150.*

Questa ultima opportunità, salvo poche lodevoli eccezioni, al contrario delle Amministrazioni Centrali e delle Autonomie Locali, non è stata utilizzata dalle Aziende ed Enti del SSN, nonostante le evidenti potenzialità della norma che coniuga il raggiungimento di economie nella spesa al coinvolgimento delle stesse del personale apprezzandone economicamente la loro partecipazione attiva e propositiva.

E' quindi operante uno strumento che favorisce la partecipazione attiva dei lavoratori, prevedendo che una quota dei risparmi derivanti da processi di ristrutturazione, riorganizzazione e innovazione possa essere destinata, secondo criteri definiti dalla contrattazione integrativa, al personale direttamente coinvolto e alla stessa contrattazione decentrata, strumento rafforzato dall' art. 38, comma 4, lettera b) del CCNL Sanità 1998/2001 e l'art. 30, comma 2, lettera b) del CCNL Sanità 2002/2005 e relativamente al personale medico e degli altri profili dirigenziali l'art. 9 - Coordinamento Regionale CCNL 2002 - 2005 biennio economico 2002 - 2003 Area III e IV e precisamente al comma 1. dell'art. 9 lettere D, F e G. e l'art. 55, comma 1 lettera d, comma 2 del CCNL 8 giugno 2000, che normano la possibilità di incremento dei salari individuali ed indirettamente dei fondi del salario accessorio, in presenza di processi di razionalizzazione della spesa.

Non sarebbe strano poter prevedere che la dirigenza medica, sanitaria professionale, tecnica ed amministrativa da un lato e comparto dall'altro per enfatizzarne i distinti contributi, possano contribuire, in forma originale, a sviluppare un nuovo modello di relazioni sindacali che sia in grado di :
- raggiungere obiettivi di produttività ed efficienza delle Aziende Sanitarie tali da potenziare la produttività, la qualificazione quanti - qualitativa della risorsa personale ed il miglioramento delle retribuzioni dei professionisti e degli altri operatori dipendenti, legandoli agli obiettivi contenuti nel Patto per la Salute 2014/2016; sviluppare la partecipazione e la condivisione al processo di aziendalizzazione in grado di determinare nei distretti, negli ospedali, nelle funzioni direzionali, azioni volte a rendere più adeguato ed appropriato l'intervento di tutela della salute individuale e collettiva;
- concorrere al percorso condiviso di un modello di Azienda sempre più attento al valore della persona

e di un modello di sindacato quale soggetto attivo dello sviluppo e della diffusione del benessere;

- individuare *“le migliori pratiche”* che contribuiscano al coinvolgimento alla responsabilizzazione delle parti sociali come condizione per favorire e concretizzare istituti partecipativi e, parimenti, aumentare la produttività coinvolgendo i lavoratori nei risultati economici aziendali attraverso l'erogazione economica del contro valore del maggior impegno profuso, che si qualifichi come vero e proprio “dividendo aziendale” da ripartire, in una logica aziendalistica concertativa, tra Azienda e “forza lavoro”.

L'implementazione di maggiore partecipazione e responsabilizzazione dei professionisti e dei lavoratori all'organizzazione e all'andamento delle aziende sanitarie, alla lotta agli sprechi ed alla razionalizzazione della spesa, possono permettere il recupero di ingentirorse, oggi disperse, e una più razionale programmazione finanziaria da finalizzare anche ai contratti integrativi di secondo livello, oltre che ad investimenti in tecnologia e risorse umane, il tutto nell'obiettivo di offrire servizi efficienti per i cittadini.

Lo sviluppo della contrattazione integrativa di secondo livello dovrà tener conto che a figure professionali sempre più specializzate, autonome e responsabilizzate, debba corrispondere un conseguentemente adeguamento delle retribuzioni sia su base contrattuale che professionale: bisognerà tendere ad un sistema retributivo, che sappia valorizzare un giusto riconoscimento a capacità e competenze, che sappia premiare il merito, che favorisca la crescita professionale di chi vuole fare di più.

In questa prospettiva possono essere poste come centrali, strategiche ed esemplari due questioni prioritarie, aderenti alle indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2014/2016:

- la creazione di un percorso di carriera, sviluppato ed attivato con la contrattazione aziendale anche prevedendo intese propedeutiche regionali, per la dirigenza nella quale gli incarichi professionali e di alta professionalità abbiano la stessa dignità giuridica e almeno la stessa parametrizzazione economica di quelli gestionali, compresi quelli di struttura complessa, avvalendosi degli attuali strumenti contrattuali, come già realizzato in alcuni accordi regionali, anche in considerazione della prevista ed estesa riduzione degli incarichi di UOS e di UOC;

- la valorizzazione economica del personale appartenente alle professioni che acquisiscano ulteriori competenze avanzate sulla base delle scelte aziendali e regionali, anche a seguito di percorsi formativi complementari e protocolli concordati con le loro rappresentanze e quelle mediche e delle altre professioni interessate;

- l'apprezzamento economico del personale sociosanitario e sanitario (oss, infermieri generici, puericultrici) che partecipino a processi di nuova organizzazione del lavoro ad iniziare dalla piena attivazione del sistema delle cure primarie, come previsto dal Patto per la Salute.

Per queste motivazioni potrebbe essere non solo possibile ma esaltante la un'omogeneizzazione di linee di indirizzo tra Ministero della Salute, Regioni e Sindacati per delineare lo scenario di riferimento nel quale individuare procedure e modalità per avviare e concludere contrattazioni aziendali che, se in presenza di risparmi dimostrati e certificati da soggetti terzi, oltre quelli già concordati e previsti per la finanza pubblica, possano definire modalità di riparto di quote premiali al personale direttamente coinvolto nel conseguimento di tali risultati e di quote destinate al miglioramento dei servizi resi ai cittadini e che leghino tutte le risorse disponibili a favorire l'innovazione dell'organizzazione del lavoro sanitario così come delineato dal Patto per la salute anche attraverso la valorizzazione economica del personale ed incentivino il loro protagonismo positivo in tale processo riformatore.

**L'autore è consigliere per le relazioni sindacali del sottosegretario alla Salute Vito De Filippo*