

a r t . 1 2

Per una nuova
classificazione contrattuale



La proposta di NurSind

Anno del copyright: 2019

Nota del copyright: di NurSind Il Sindacato delle Professioni Infermieristiche. Tutti i diritti riservati.

Le informazioni di cui sopra costituiscono questa nota del copyright: © 2019 di NurSind. Tutti i diritti riservati.

@ Immagine di copertina: NurSind
Prima edizione maggio 2019

**La proposta ex art. 12 CCNL 2018 in merito
alla revisione del sistema di classificazione
professionale.**

Materiale di approfondimento

La proposta ex art. 12 CCNL 2018 in merito alla revisione del sistema di classificazione professionale.

Materiale di approfondimento

Il presente lavoro si pone come contributo alla ridefinizione degli inquadramenti contrattuali in seguito alla previsione contrattuale dell'articolo 12 del CCNL in vigore dal maggio 2018.

Viene ripercorso il quadro storico degli inquadramenti e delle carriere, l'evoluzione sintetica della normativa sul pubblico impiego, le recenti innovazioni sulle carriere del CCNL 2018, l'inquadramento dell'articolo 12 sulla ridefinizione delle classificazioni e delle proposte operative.

Segue una proposta di articolato sulla ridefinizione della parte contrattuale che riguarda la professione infermieristica.

La commissione per la revisione della classificazione professionale

L'articolo 12 del CCNL 2018 prevede la costituzione della "Commissione paritetica per la revisione del sistema di classificazione professionale". L'articolo

non è chiarissimo, mostra diverse ripetizioni e contraddizioni e lo riportiamo per esteso:

TITOLO III ORDINAMENTO PROFESSIONALE

Capo I Sistema di classificazione professionale

Art. 12 Commissione paritetica per la revisione del sistema di classificazione professionale

1. Le parti concordano sull'opportunità di avviare il processo di innovazione del sistema di classificazione professionale del personale del Servizio Sanitario Nazionale individuando le soluzioni più idonee a garantire l'ottimale bilanciamento delle esigenze organizzative e funzionali delle Aziende ed Enti sanitari con quelle di riconoscimento e valorizzazione della professionalità dei dipendenti.

2. Le parti ritengono che la finalità del SSN, in coerenza con la Costituzione e con gli orientamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, cioè la tutela della salute intesa come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia, debba essere attuata non solo in un sistema sanitario inteso in senso stretto, bensì dando corso ad un'articolata e complessa attività, coinvolgente una più ampia platea di professionisti

ed operatori, nel contesto di congruenti, nuovi modelli organizzativi.

3. Le parti convengono sull'opportunità di prevedere una *fase istruttoria* che consenta di acquisire ed elaborare tutti gli elementi di conoscenza sull'attuale sistema di classificazione professionale, nonché di verificare le possibilità di una sua evoluzione e convergenza in linea con le finalità indicate al comma 1, nella prospettiva di pervenire ad un **modello maggiormente idoneo a valorizzare le competenze professionali e ad assicurare una migliore gestione dei processi lavorativi.**

4. Per realizzare la fase istruttoria di cui al comma 3, in coerenza con le finalità indicate, è istituita presso l'Aran, entro trenta giorni dalla sottoscrizione del presente CCNL, con la partecipazione di rappresentanti designati dal comitato di settore, una specifica Commissione paritetica tra Aran e Parti firmatarie, alla quale sono affidati, in particolare, i seguenti compiti:

a) **individuare linee di evoluzione e sviluppo dell'attuale classificazione del personale**, per la generalità delle aree professionali, verificando in particolare le possibilità **di una diversa articolazione e semplificazione delle categorie, dei livelli economici e delle fasce**; a tal fine, sarà

operata una verifica delle declaratorie di categoria in relazione alle innovazioni legislative, ai contenuti del Patto per la Salute tra Stato e Regioni, ai cambiamenti dei processi lavorativi indotti dalla evoluzione scientifica e tecnologica; sarà inoltre attuata una conseguente verifica dei contenuti professionali in relazione a nuovi modelli organizzativi;

b) effettuare una analisi delle declaratorie, delle specificità professionali e delle competenze avanzate ai fini di una loro valorizzazione;

c) effettuare una analisi degli strumenti per sostenere lo sviluppo delle competenze **professionali e per riconoscere su base selettiva il loro effettivo accrescimento**, anche in relazione allo sviluppo della qualità dei servizi e dell'efficacia dell'intervento sanitario e sociosanitario;

d) rivedere i criteri di progressione economica del personale all'interno delle categorie, in correlazione con la valutazione delle competenze professionali acquisite e dell'esperienza professionale maturata;

e) verificare **la possibilità di prevedere**, in conseguenza dell'evoluzione normativa e del riordino delle professioni nell'ambito del sistema sanitario nazionale, con particolare riferimento all'istituzione della nuova area delle professioni

socio-sanitarie di cui all'art. 5 della legge n. 3/2018, la suddivisione del personale nelle seguenti aree prestazionali:

- **Area delle professioni sanitarie;**

- Area delle professioni socio-sanitarie;

- Area di amministrazione dei fattori produttivi;

- Area tecnico-ambientale;

f) **delineare la funzione delle aree di cui alla lettera precedente nel modello di classificazione, configurandole come aggregazioni di profili aventi un carattere prestazionale** finalizzato all'orientamento del risultato aziendale in termini di migliore efficienza ed efficacia degli interventi;

g) individuazione di eventuali nuovi profili non sanitari (ad esempio: autisti soccorritori);

h) valutare e verificare l'attuale sistema delle indennità in relazione all'evoluzione dei modelli di classificazione professionale.

5. La Commissione concluderà i suoi lavori entro il prossimo mese di luglio, formulando proposte organiche alle parti negoziali sui punti indicati al comma 4.

PARTE PRIMA

L'inquadramento e il sistema delle carriere nella storia contrattuale

L'attuale classificazione del personale risale alla fine degli anni novanta dello scorso secolo nel momento in cui fu archiviato il contratto dei "livelli" per essere trasformato nel contratto delle "categorie" denominate con le prime lettere dell'alfabeto.

Dagli anni settanta agli anni novanta si sono verificati una serie di spostamenti e inquadramenti delle figure professionali.

Nel 1979 il DPR 20 dicembre 1979, n. 761 recante lo Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali distinse il personale in "ruoli": sanitario, professionale, tecnico e amministrativo. Il personale infermieristico – come tutte le figure sanitarie – fu inquadrato nel "ruolo sanitario". Ricordiamo che il contratto della sanità era "unico" (l'unico contratto "unico" in tutto e per tutto fu in realtà quello del 1983).

Appartenevano al **ruolo sanitario i dipendenti iscritti ai rispettivi ordini professionali, che esplicavano in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute.** Il personale del ruolo sanitario era quindi definito, semplicemente ma

efficacemente, come coloro che esplicavano “in modo diretto attività inerenti alla tutela della salute”.

La carriera era svolta con le modalità tipiche del pubblico impiego attraverso il concorso pubblico per titoli ed esami in cui inizialmente, per il personale dipendente era prevista una riserva di posti del 30% e successivamente del 50%.

Nei primi anni ottanta venne varata la legge 29 marzo 1983, n. 93 “Legge quadro sul pubblico impiego” improntata ai “principi della omogeneizzazione delle posizioni giuridiche, della perequazione e trasparenza dei trattamenti economici e dell'efficienza amministrativa”.

Il personale venne inquadrato in “**qualifiche funzionali**”. Le qualifiche “meno elevate” vennero determinate “in base di valutazioni attinenti essenzialmente **al contenuto oggettivo del rapporto di servizio** in relazione ai servizi richiesti per lo svolgimento dell'attività lavorativa”

Per le altre qualifiche le valutazioni sono connesse in maggior misura anche “ai **requisiti culturali e di esperienza professionale**, nonché ai compiti di guida di gruppo, di ufficio o di organi e alle derivanti responsabilità burocratiche”.

Ogni qualifica funzionale doveva essere previsto un livello unitario da inquadrare in modo da valorizzare la professionalità e la responsabilità e deve ispirarsi al criterio della onnicomprensività. All'interno delle qualifiche funzionali dovevano essere articolati i **“profili professionali”** che dovevano essere individuati in base al “contenuto peculiare del tipo di prestazione, dei titoli professionali richiesti e delle abilitazioni stabilite dalla legge per l'esercizio delle professioni”.

Il personale infermieristico era inquadrato – normativa legislativa e contrattuale – come:

- a) operatore professionale collaboratore inquadrato inizialmente al V livello e successivamente al VI. Erano gli infermieri clinici;
- b) operatore professionale coordinatore, inquadrato prima al VI e poi al VII livello;
- c) operatore professionale dirigente, inquadrato prima al VII e poi al VIII livello.

Dalla fine degli anni ottanta viene istituito il livello VIII bis per gli operatori professionali dirigenti in possesso del titolo universitario (DAI, IID, DDSI).

Gli infermieri erano quindi inquadrati in quattro livelli distinti.

All'inizio degli anni novanta comincia un processo di privatizzazione del pubblico impiego che porta a

una profonda revisione di tutta la parte professionale. Il D. Lgs 502/1992 prevedeva all'articolo 6, comma 3, l'individuazione delle "figure professionali e i relativi profili" con decreto del Ministro della sanità.

Ecco che l'omogeneizzazione si compie, dal punto di vista formativo, con l'emanazione, dal 1994 al 2001 di ben 22 profili professionali che avevano e hanno un comune denominatore: la formazione attraverso i diplomi universitari prima e di laurea dopo.

I contratti "privatizzatori"

Nel 1999 vengono ridefiniti radicalmente gli inquadramenti trasformando il contratto dei livelli nel contratto delle categorie. Dal 1999 al 2001 viene inquadrato tutto il VI livello (clinico) in categoria C come Operatore professionale sanitario, mentre la categoria D ricomprendeva sia il VII livello (coordinatore) che l'VIII livello (dirigente, ivi compreso il livello reiterato del bis). Gli inquadramenti passano quindi da quattro a tre di cui due all'interno della stessa categoria. Anche in questo caso la carriera rimaneva solo verticale e solo organizzativa.

In realtà nel 1999, secondo l'intenzione dei proponenti, si introdusse una sorta di carriera

“orizzontale” attraverso l’istituto delle fasce che doveva premiare la carriera clinica.

Il contratto del 1999 introdusse una novità rilevante: l’istituto delle posizioni organizzative, da conferire mediante incarico rinnovabile e valutabile. Per la prima volta si ruppe il modo tradizionale di fare carriera tramite concorsi pubblici per titoli e esami. L’incarico di posizione organizzativa non conferiva un livello giuridico distinto e si presentava come revocabile. I coordinatori rimasero nel limbo.

Nel 2001 attraverso la c.d. “vertenza sanità” tutta la categoria C sanitaria transitò in categoria D e per coloro che erano già classificati in D – gli ex caposala – venne istituito l’incarico di coordinamento anch’esso tramite selezione.

Nel 2004 per forte pressione del Coordinamento nazionale caposala i coordinatori dell’epoca transitarono in Ds causando la problematica tra coordinatori di nuova e di vecchia istituzione, entrambi con incarico ma con inquadramento giuridico distinto. Per effetto delle norme introdotte con la c.d. riforma Brunetta il passaggio in Ds è diventato praticamente impossibile a partire dal 2010. A oggi quindi ci sono coordinatori inquadrati in D e coordinatori in Ds svolgendo lo stesso identico ruolo.

Schema riassuntivo delle carriere

Periodo	Tipologia di carriera	Metodologia di carriera
Fino alla fine degli anni novanta	Organizzativa e di tipo “verticale”	Concorso pubblico per titoli e esami
Dagli anni novanta a maggio 2018	Organizzativa basata su due tipologie di incarico	Selezione interna Personale coinvolto 5%
Da maggio 2018	Organizzativa e professionale basata su incarichi unici graduabili	Selezione interna Personale coinvolto 5%

I contratti collettivi nazionali di lavoro hanno sempre tentato, con pessimi risultati, di declinare le attività attraverso le “declaratorie” che dovevano descrivere *“l’insieme dei requisiti indispensabili per l’inquadramento nella categoria stessa, corrispondenti a livelli omogenei di competenze,*

conoscenze e capacità necessarie per l'espletamento delle relative attività lavorative”.

L'indicazione degli attuali profili contenuta nella declaratoria è esaustiva.

E' esaustiva l'indicazione dei profili mentre era da considerarsi “esemplificativa” l'insieme delle attribuzioni indicate per ciascun profilo tenendo conto che ogni dipendente doveva svolgere anche “attività complementari e strumentali a quelle inerenti lo specifico profilo”.

I compiti sono quelli relativi al profilo professionale a cui si aggiungono, a titolo esemplificativo, quindi, le declaratorie contrattuali e a cui si aggiungono i compiti complementari e strumentali.

Le declaratorie contrattuali si mostrano quindi inutili, sovrabbondanti e in questi decenni pressoché nessuno vi ha fatto un reale riferimento. Risultano, in genere, duplicazioni di normative esistenti non utili neanche alle stesse organizzazioni datoriali.

Le declaratorie provengono dal contratto del 1999, non sono mai state modificate. Questo ha determinato una dissonanza tra le definizioni pensate all'epoca – come abbiamo visto l'inquadramento dal contratto dei livelli al contratto delle categorie per gli infermieri clinici inizialmente

era in categoria C e solo nel 2001 vi è stato il passaggio generalizzato in categoria D – tra le declaratorie pensate per gli infermieri coordinatori e che oggi sono patrimonio anche di tutti gli infermieri clinici.

Nella nostra proposta ne proponiamo il definitivo superamento.

Competenze avanzate e specialistiche e declaratorie

Il CCNL 2018 innova nel sistema delle carriere professionali richiamando nei fatti il non fortunato (e non chiaro) “comma 566” della legge di Stabilità 2015 tendente a spostare l’asticella prestazionale infermieristica verso “competenze avanzate” e competenze specialistiche”. Il dibattito non ne ha mai chiarito realmente il contenuto e la differenza e non facilmente applicabile nei tavoli di trattativa aziendali.

Il CCNL ha istituito quindi una doppia carriera, organizzativa e professionale, anche per il settore D sanitario attraverso gli incarichi di organizzazione e gli incarichi professionali.

Entrambi “richiedono anche lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o **maggiormente**

complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza”.

Per quanto concerne l’incarico professionale si precisa ulteriormente che le attribuzioni derivanti dagli incarichi professionali prevedono compiti “aggiuntivi e/o maggiormente complessi e richiedono **significative, elevate ed innovative competenze professionali rispetto a quelle del profilo posseduto”.**

Il riferimento al solo profilo professionale è erraneo e può causare problemi. L’infermiere – e tutte le professioni sanitarie – ha un esercizio professionale basato su tre criteri (due oltre il profilo professionale). Parlare di innovative competenze è fuorviante in quanto sembra prefigurare competenze che non appartengano alla professione stessa.

Inoltre si rileva il problema legato alla modesta percentuale di infermieri coinvolti nei processi di carriera. È verosimile che si situi in una percentuale non superiore al 5-6% escludendo quindi oltre il 90% la platea degli infermieri interessati. Ricordiamo che le percentuali basse favoriscono, a livello aziendale, non la ovvia discrezionalità insita in ogni organizzazione del lavoro a impronta privatistica che il nome azienda (sanitaria o ospedaliera) suggerisce bensì il rischio di una deriva

arbitraria nei processi selettivi aggravata dalla temporaneità degli incarichi.

Inoltre si premia esclusivamente il criterio dell'eccellenza – se tale si può definire il premio relativo alle carriere che premiano le attribuzioni eccedenti il profilo – che come è noto è, per sua definizione, elitario.

Il criterio delle competenze avanzate e specialistiche può essere un importante criterio per la carriera infermieristica, ma non può essere l'unico.

Tra l'altro il contratto ha precarizzato il sistema delle carriere definendole “a termine”.

In entrambe le tipologie di incarico – organizzativa e professionale – nella nostra proposta abbiamo introdotto clausole di salvaguardia a tutela della posizione del professionista e del suo percorso formativo e esperienziale.

Nursind propone una diversa impostazione contrattuale che parte dalla necessità di introdurre un sistema separato di inquadramento che tenga conto della rivoluzione di carattere formativo e professionale che ha coinvolto tutte le professioni sanitarie.

La proposta di un'area contrattuale separata per le professioni sanitarie

Sono ormai antiche le discussioni relative all'uscita dalla professione infermieristica dal comparto. Se l'obiettivo deve essere perseguito è del tutto probabile che debba essere ripensato con la possibilità di aggregare tutte le professioni sanitarie. Il passaggio politico potrebbe essere graduale e già sperimentato per la professione medica. Ricordiamo che dal "contratto unico" del 1983 si arrivò al contratto sempre unico del 1987 ma in cui era prevista un'area "separata" di contrattazione, confermata nel 1990 per arrivare, nel 1995 a un contratto separato.

L'articolo 12 prende atto della difficoltà a mantenere un contratto di lavoro unico dopo la rivoluzione e l'evoluzione professionale e normativa che ha coinvolto le professioni sanitarie: individuazione dei profili, percorsi universitari di laurea e post laurea, leggi di autonomia e responsabilità professionale, obblighi formativi e assicurativi, iscrizioni a ordini professionali.

Il criterio introdotto negli anni ottanta era del tutto coerente al sistema formativo. Vennero omogeneizzate professioni che scontavano inquadramenti in "livelli" diversi per unificarli in base al titolo posseduto che sostanzialmente – con

una serie di eccezioni – si basava sul possesso di un diploma professionale con una scolarità di accesso al terzo anno di scuola secondaria.

La “forbice” di inquadramento contrattuale e retributiva era proporzionata alla diversa formazione tra il personale di minore e di maggiore formazione.

In questi decenni abbiamo assistito al progressivo aumento della “forbice formativa” senza riparametrare la “forbice retributiva”.

In questo modo si è avuta una progressiva svalorizzazione contrattuale delle professioni sanitarie con retribuzioni di personale laureato (con percorsi triennali, triennali con master, triennali e con laurea magistrale) nei confronti di personale amministrativo e tecnico.

A questo si aggiunga una organizzazione del lavoro che spesso non si è evoluta. Il risultato è sotto gli occhi di tutti: l’infermiere è una figura laureata inquadrata come se fosse ancora diplomata. Retribuzione da diplomato e responsabilità da laureato dunque.

Da un punto di vista giuridico è bene ricordare che per la Costituzione della Repubblica italiana il lavoratore ha diritto a una retribuzione proporzionata alla quantità e alla qualità del suo

lavoro. In questi anni le professioni sanitarie hanno migliorato la qualità della prestazione lavorativa in termini di formazione, requisiti di accesso, percorsi post laurea e responsabilità rimanendo fermi a un inquadramento da diplomato come già precisato.

Da un punto di vista contrattuale lo stesso articolo 12 del CCNL vigente prevede una maggiore valorizzazione delle competenze professionali e la suddivisione del personale su quattro aree prestazionali tra cui l'area delle professioni sanitarie.

Per questo motivo si suggerisce la creazione di una nuova sezione contrattuale in riferimento alla specifica area: **l'Area delle professioni sanitarie** (chiamata così anche dal contratto).

Ne proponiamo una definizione

Definizione: “appartengono a questa area tutti i profili professionali iscritti agli Albi tenuti dagli Ordini professionali di cui alla legge 3/2018. Le competenze sono stabilite dai profili professionali e dalle altre norme di abilitazione all'esercizio professionale”.

All'interno dell'Area delle professioni sanitarie si può operare una ulteriore suddivisione secondo la classificazione ordinistica di classi di laurea, accorpando però infermieri e ostetriche e

separando tutti gli altri profili: area della professione infermieristica e ostetrica e area delle professioni tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. La distinzione in sotto aree è senza dubbio coerente con il dettato contrattuale dell'articolo 12 che proprio al punto e) prevede la riconfigurazione in **“aggregazione di profili avente un carattere prestazionale finalizzato all'orientamento del risultato aziendale in termini di migliore efficienza ed efficacia degli interventi”**.

Sub area della professione infermieristica e ostetrica

Definizione: Appartengono a questa area le figure dell'infermiere, dell'infermiere pediatrico e dell'ostetrica iscritti ai rispettivi albi, con le competenze e le responsabilità previste dai rispettivi profili e caratterizzati da un esercizio professionale basato sulla presa in carico e della continuità assistenziale della persona assistita nella sua globalità. I criteri per la presa in carico sono determinati dall'allegato sub A dell'atto normativo della Conferenza Stato Regioni del 19 febbraio 2015 relativo agli adempimenti relativi all'accreditamento delle professioni sanitarie¹.

¹ Per quanto riguarda l'Area delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

La sub area della professione infermieristica e ostetrica è caratterizzata dalla **presa in carico e dalla continuità assistenziale**. Si intende per presa in carico l'attività caratterizzata dalla gestione complessiva dei pazienti nei diversi *setting* assistenziali. Per continuità assistenziale si intendono quei processi organizzativo/professionali caratterizzati dalla adozione delle misure atte a consentire il passaggio delle informazioni, delle consegne e dei trasferimenti necessari per la trasmissione della presa in carico.

Questo a legislazione vigente invariata. Nursind si farà carico di promuovere, a completamento del processo, una modifica del sistema normativo riguardante la disciplina delle incompatibilità e delle esclusività del pubblico impiego. In linea con quanto preannunciato dal Senatore Sileri,² presidente delle

Appartengono a questa area i profili delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione iscritti ai rispettivi albi e caratterizzati

² “E' assolutamente necessario valorizzare la figura dell'infermiere, sicuramente attraverso un percorso di specializzazione, puntando anche alla medicina del territorio, ma anche lavorando sull'intramoenia. Non ho mai capito perché per i medici c'è un percorso preciso e per gli infermieri no. In questo senso, sto lavorando a un ddl per cambiare l'intramoenia per i medici in cui voglio inserire anche gli infermieri” Dichiarazione al convegno “Nursing Now” 3 maggio 2019.
http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=73604

Commissione igiene e sanità del Senato, in merito al riconoscimento della libera professione intramuraria per il personale infermieristico del comparto ci batteremo per l'abolizione dell'esclusività di rapporto, per il riconoscimento della libera professione e per il riconoscimento della indennità di esclusività.

Quest'ultima diventa fondamentale per la valorizzazione del ruolo infermieristico indipendentemente dal fatto che gli infermieri accedano o meno alle prestazioni di libera professione.

Per attività libero professionale infermieristica si intende l'esercizio professionale svolto individualmente o in équipe, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, nei contesti di ricovero e cura e in sala operatoria nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Il quadro giuridico contrattuale non muta: resta un rapporto di lavoro alle dipendenze delle strutture del Servizio sanitario nazionale. Viene abolito solo il divieto di libera professione intramuraria di carattere professionale e viene abolita l'attuale iniqua possibilità di supporto all'attività di libera professione medica, inaccettabile da un punto di vista professionale, contrattuale e retributivo.

La libera professione può essere svolta nei confronti di un'utenza solvente in proprio o proveniente dalla intermediazione assicurativa e di welfare aziendale o con specifici progetti finanziati aziendalmente (es. progetti per la riduzione delle liste di attesa).

L'indennità di esclusività deve essere prevista dalla legge e finanziata contrattualmente con una proporzione non inferiore al 15% della retribuzione lorda.

La proposta di un'area separata permette di agire a trecentosessanta gradi su tutti gli aspetti che possono interessare e che riguardano la stragrande maggioranza degli infermieri e non solo una minoranza, valorizzando proprio i criteri della presa in carico e della continuità assistenziale declinandoli in senso meno "prestazionale" (secondo l'infelice formulazione del CCNL del 2018).

Questa impostazione **premia l'equipe e non il singolo**, premia i gruppi che sperimentano e mettono in atto le buone pratiche, non crea contenzioso con le altre figure professionali, mette in atto criteri oggettivi di valutazione meno sottoposti all'arbitrio dirigenziale, crea una sinergia con le migliori pratiche di miglioramento organizzativo assistenziale, crea una sinergia tra la parte professionale e la parte sindacale, non crea una competizione all'interno dei professionisti –

competizione che mina il gruppo di lavoro – ma crea una solidarietà interna al fine del miglioramento professionale e organizzativo. È una premialità a orizzontalità diffusa da non confondersi con gli antichi premi “a pioggia”. È una premialità professionale che si coniuga con i miglioramenti aziendali e risponde perfettamente al mandato dell’articolo 12 punto f) che richiede l’orientamento al risultato aziendale in termini di “migliore efficienza ed efficacia degli interventi”.

I criteri della presa in carico e della continuità assistenziale si affiancano e trovano un’ulteriore valorizzazione nelle competenze avanzate e specialistiche già introdotte – malamente – e necessitanti di una modifica in senso migliorativo-applicativo.

Anche l’istituto delle fasce economiche deve essere ripensato e renderlo più aderente ai tempi.

PROPOSTA DI ARTICOLATO DI ALCUNE INNOVAZIONI CONTRATTUALI RIGUARDANTI LA PREVISIONE NORMATIVA DELL'ART. 12 CCNL VIGENTE

L'inquadramento e le declaratorie

Declaratoria categoria D

Appartengono a questa categoria i professionisti sanitari, dotati di profilo professionale e che svolgono le attività riconosciute dal sistema di abilitazione all'esercizio professionale.

Il livello economico Ds della categoria D è posto a esaurimento. A partire dalla data del presente contratto non possono essere più effettuati passaggi in tale livello. Coloro che alla data del presente contratto sono già inquadrati nel livello Ds mantengono la parte economica.

Area delle professioni sanitarie

Appartengono a questa area tutti i profili professionali iscritti agli Albi tenuti dagli Ordini professionali di cui alla legge 3/2018. Le competenze sono stabilite dai profili professionali e

dalle altre norme di abilitazione all'esercizio professionale.

Sezione della professione infermieristica e ostetrica (all'interno dell'area delle professioni sanitarie)

Appartengono a questa area i profili dell'infermiere, dell'infermiere pediatrico e dell'ostetrica iscritti agli albi, con le competenze e le responsabilità previste dai rispettivi profili e caratterizzati da un esercizio professionale basato sulla presa in carico e della continuità assistenziale della persona assistita nella sua globalità.

Si intende per presa in carico l'attività caratterizzata dalla gestione complessiva dei pazienti nei diversi *setting* assistenziali. Per continuità assistenziale si intendono quei processi organizzativo/professionali caratterizzati dalla adozione delle misure atte a consentire il passaggio delle informazioni, delle consegne e dei trasferimenti necessari per la trasmissione della presa in carico.

La proposta di ridefinizione delle fasce

Art.

Progressione economica orizzontale: criteri e finanziamento

1. La progressione economica di cui al presente articolo non comporta la modifica della posizione giuridica per il dipendente interessato.
2. La progressione economica orizzontale avviene nei limiti delle risorse utilizzate alla data del ..., e rientranti nel fondo...
3. La contrattazione integrativa aziendale può integrare i seguenti criteri:
 - prestazioni rese, nello stesso profilo di appartenenza, con più elevato grado di arricchimento professionale, impegno e qualità della prestazione individuale;
 - anzianità di servizio;
 - assolvimento dei crediti ECM nel triennio;
 - un positivo impegno manifestato anche in attività di tutoraggio e di inserimento lavorativo dei neoassunti;

- un positivo impegno nelle prestazioni rese con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza;

- iniziativa personale e capacità di proporre soluzioni innovative migliorative dell'organizzazione del lavoro.

4. I passaggi di fascia retributiva di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo avvengono esclusivamente al 1° gennaio di ogni anno per i dipendenti beneficiari selezionati sulla base dei criteri del comma 3 eventualmente integrati in sede di contrattazione aziendale.

5. Le fasce economiche sono parte integrante e fondamentale del percorso di carriera del professionista nel suo percorso professionale.

6. In caso di accorpamento aziendale, mobilità, trasferimento l'anzianità di servizio viene conteggiata sommando il periodo svolto nell'azienda di provenienza.

Gli incarichi di funzione

Art.

Incarichi di funzione

1. Sono istituiti, nei ruoli sanitario i seguenti incarichi di funzione:

- Incarico di organizzazione;
- Incarico professionale;
- Incarico funzione trasversale

Gli specifici contenuti e requisiti dei suddetti incarichi, in relazione ai diversi ruoli di appartenenza, sono quelli descritti negli articoli seguenti.

2. Gli incarichi richiedono lo svolgimento di attività connesse al sistema di abilitazione all'esercizio professionale, declinato nella specifica area, tenendo conto, in particolare delle attività legate alla presa in carico e alla continuità assistenziale.

3. Le Aziende ed Enti provvederanno a definire il sistema degli incarichi in conformità a quanto previsto nella presente sezione contrattuale.

Art.

Contenuto e requisiti degli incarichi di funzione organizzativi per il personale del ruolo sanitario

1. Per il personale del ruolo sanitario e gli incarichi di funzione organizzativi sono declinati secondo i criteri e i requisiti definiti nei commi seguenti.
2. L'incarico di organizzazione comporta l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi assistenziali e formativi connessi all'esercizio della funzione sanitaria e sociosanitaria. L'incarico di organizzazione è caratterizzato, prioritariamente, dalla gestione delle risorse umane.
3. L'incarico di organizzazione va graduato secondo i criteri di complessità definiti dalla regolamentazione di ogni singola Azienda o Ente e può essere con funzione di coordinamento e con funzione di posizione organizzativa.
4. Per l'esercizio dell'incarico con funzione di coordinamento e per l'incarico con funzione di posizione organizzativa è necessario il possesso dei requisiti di cui all'art. 6, comma 4 e 5 della legge n. 43/2006 fatto salvo quanto previsto al comma successivo.

5. Per gli incarichi di posizione organizzativa, di cui al comma 3, superiori a 10.000 euro annui è necessario il requisito della laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche.

6. Gli incarichi di organizzazione di cui al comma 3, relativi all'unità di appartenenza, sono sovraordinati agli incarichi di "professionista specialista" e di "professionista esperto".

Art.

Contenuto e requisiti degli incarichi di funzione professionali per il personale del ruolo sanitario

1. Gli incarichi professionali sono di due tipologie: professionista specialista e professionista esperto.

2. Entrambi gli incarichi valorizzano il percorso formativo ed esperienziale del professionista nelle aree indicate dal presente CCNL e integrabili nella contrattazione decentrata e sono caratterizzati dagli elementi organizzativi e professionali della presa in carico e della continuità assistenziale.

3. Il requisito per il conferimento dell'incarico di "professionista specialista" è il possesso del master specialistico di primo livello di cui all'art. 6 della

Legge n. 43/06 per le aree indicate dal presente CCNL. Il Ministero della Salute e il Ministero dell'Università, su proposta dell'Osservatorio nazionale per le professioni sanitarie, ricostituito presso il MIUR con il decreto interministeriale 10 marzo del 2016 e sentite le Regioni stabilirà le equipollenze per i titoli afferenti alle aree del presente CCNL precedentemente rilasciati dalle Università degli Studi.

4. Il requisito per il conferimento dell'incarico di "professionista esperto" è costituito dall'aver acquisito, competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari universitari, regionali e/o aziendali certificati. La durata dei corsi per professionista esperto e la relativa suddivisione tra la parte teorica e pratica sono definiti dalla Conferenza Stato-Regioni, sentito il MIUR le Federazioni nazionali e Ordini delle professioni interessate.

5. Tutti gli incarichi possono essere conferiti solo al personale in regola con l'assolvimento dei crediti ECM nel triennio.

6. In sede di prima applicazione è costituito, presso l'Aran l'Osservatorio delle professioni sanitarie con il compito di censire e monitorare le competenze avanzate e specialistiche. L'osservatorio è un organismo paritetico composto da rappresentanti

Aran, regionali, ministeriali, degli Ordini professionali e delle organizzazioni sindacali rappresentative al dichiarato fine di omogeneizzare il sistema delle competenze su base nazionale.

Art.

Conferimento, durata e revoca degli incarichi di funzione organizzativi e professionali

1. Gli incarichi possono essere conferiti al personale inquadrato nella categoria D e DS. Gli incarichi di organizzazione sono conferibili anche al personale con rapporto di lavoro a tempo parziale, qualora il valore economico di tali incarichi sia definito in misura inferiore a € 3.227,85. In tali casi il valore economico dell'incarico è rideterminato in proporzione alla durata della prestazione lavorativa.
2. Le Aziende e gli Enti formulano in via preventiva i criteri selettivi e le modalità per conferire i relativi incarichi.
3. Gli incarichi sono attribuiti dall'Azienda o Ente a domanda dell'interessato sulla base di avviso di selezione.
4. Gli incarichi sono conferiti con provvedimento scritto e motivato che ne riporta i contenuti ivi

inclusi, in particolare, la descrizione delle linee di attività.

5. L'Azienda o Ente sulla base delle proprie esigenze organizzative ne determina la durata tra un minimo di tre anni e un massimo di cinque anni. Gli incarichi sono rinnovati in seguito a valutazione positiva. Incarichi di durata inferiore possono essere conferiti per motivi di assenza lunga – malattia, maternità ecc. – e sono revocati di diritto al ritorno del professionista titolare.

6. La revoca degli incarichi prima della scadenza può avvenire, con atto scritto e motivato, per diversa organizzazione dell'ente derivante dalla modifica dell'atto aziendale o per valutazione negativa.

7. La revoca dell'incarico comporta la perdita del trattamento economico accessorio relativo alla titolarità dello stesso così come definito nel comma 1 dell'articolo 20 del CCNL 21/5/2018 (Trattamento economico accessorio degli incarichi). In tal caso, il dipendente resta inquadrato nella categoria di appartenenza e viene restituito alle funzioni del profilo di appartenenza con corresponsione del relativo trattamento economico.

8. Se la revoca dell'incarico avviene per motivazioni aziendali non legate alla valutazione negativa del professionista, a quest'ultimo spetta la clausola di salvaguardia economica a tutela del proprio

investimento professionale ed esperienziale, pari alla metà del valore economico dell'incarico e comunque non inferiore a 1678,48 €. Tale indennità è riassorbita in caso di conferimento di altro incarico di qualsiasi natura.

9. Se la revoca dell'incarico organizzativo avviene per motivazioni aziendali non legate alla valutazione negativa del professionista l'azienda, in contraddittorio con il dipendente, valuta il permanere delle conoscenze cliniche e assistenziali dello stesso in relazione al tempo di incarico organizzativo trascorso. In caso di riscontro negativo il dipendente deve essere impiegato in contesti non clinici a tutela della qualità e della sicurezza della persona assistita.

10. Nel periodo di permanenza nell'incarico, il dipendente può partecipare alle selezioni per la progressione economica qualora sia in possesso dei relativi requisiti.

11. Le diverse tipologie di incarichi non sono cumulabili tra loro.

Art.

Istituzione degli incarichi di funzione trasversale

1. E' istituito l'incarico di funzione di funzione trasversale. L'incarico comporta l'assunzione di specifiche responsabilità con attività dedicata ai processi formativi, di tutoraggio, di controllo della qualità, di innovazione e ricerca, di *risk manager* e di *bed manager*.
2. Sono richiesti specifici requisiti formativi ed esperienziali nelle materie soggette di incarico.
3. L'incarico normalmente prevede lo svolgimento di una delle attività dedicate. In relazione alle esigenze aziendali e alle risorse umane presenti in azienda e può essere conferito anche per più di una delle materie indicate.
4. La regolamentazione dell'incarico di funzione trasversale ha la stessa regolamentazione degli incarichi di funzione professionale e organizzativo.
5. In relazione al comma 9 dell'articolo precedente viene conferito automaticamente l'incarico di funzione trasversale qualora si verificano le condizioni ivi indicate. L'eventuale processo formativo di riorientamento professionale è a carico dell'azienda.

Art.

Definizione delle attività professionali svolte soggette a condizioni di disagio

1. Al fine di garantire le condizioni di qualità dell'assistenza erogata e della tutela della condizione psicofisica del lavoratore tutti coloro che sono impiegati all'interno di una turnistica sulle 24 ore sono soggetti a un debito orario non superiore alle 35 ore settimanali.
2. Al fine di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale sono riconosciuti forfettariamente a ogni professionista di questa area 30 minuti per la trasmissione delle consegne, la trasmissione e la presa in carico delle persone assistite. A questi si aggiungono i tempi logistici derivanti dal "tempo divisa" non inferiori ai 10 minuti in entrata e in uscita, purché risultanti dalle timbrature effettuate, con la possibilità di elevazione a 20 minuti in sede di contrattazione decentrata in relazione alla distanza che il professionista deve operare dagli spogliatoi al luogo effettivo di lavoro.
3. Il riposo giornaliero e settimanale dei lavoratori di cui al comma 1 deve inderogabilmente essere garantito dalla propria azienda. In caso di assoluta e comprovata impossibilità a garantire tali riposi

spetta al lavoratore un riposo compensativo immediatamente successivo al riposo non effettuato.

4. Per i lavoratori di cui al comma 1 deve essere valutata nella contrattazione decentrata la compatibilità del ricorso alla pronta disponibilità in relazione al numero delle effettive chiamate all'interno di un anno di lavoro con il necessario recupero psicofisico. È comunque vietato il ricorso a un doppio turno consecutivo notturno se superiore alle otto ore giornaliere.

Le ore effettuate in pronta disponibilità rientrano nel computo complessivo delle ore giornaliere, settimanali e mensili. Se il turno è effettuato in pronta disponibilità in un giorno feriale le ore complessive sono sommate all'orario normale e non possono superare le 12 ore giornaliere. Qualora per indifferibili esigenze di servizio venissero superate le 12 ore giornaliere – calcolate dall'inizio della prestazione lavorativa nelle 24 ore – al lavoratore spetta, senza una sua richiesta, l'immediato riposo compensativo con riduzione del debito orario che viene posto a carico dell'azienda.

5. A coloro che effettuano turni superiori alle 6 ore giornaliere sono garantiti adeguati periodi di pause in relazione agli obblighi di legge. Per garantire l'effettivo diritto alla mensa laddove non ci siano le condizioni organizzative legate alla presa in carico,

per permettere al lavoratore turnista di fruire della mensa, il diritto è garantito con modalità sostitutive.

6. Per coloro che svolgono i turni di lavoro all'interno delle 12 ore giornaliere il ricorso all'istituto della pronta disponibilità è valutato in seguito alla contrattazione decentrata previa valutazione della percentuale di chiamate. Le parti valuteranno la diversa organizzazione del lavoro in caso di percentuali elevate attivando guardie e turni attivi in sostituzione dell'organizzazione con pronta disponibilità.

7. I turni di pronta disponibilità previsti nelle giornate festive devono essere programmati con il criterio della rotazione.

8. Le parti a livello della contrattazione aziendale valuteranno, in relazione all'età anagrafica del lavoratore, eventuali orari alternativi ai turni sulle 24 ore e all'esenzione dall'istituto della pronta disponibilità.

Pubblicato in maggio 2019
Prima edizione

