

# Impatto della legge 161/2014 sulle Aziende del SSN

Osservatorio FIASO “Politiche del Personale nelle Aziende del SSN”

Marzo 2017

I Quaderni FIASO



**Università Commerciale  
Luigi Bocconi**

CERGAS  
Centre for Research on Health  
and Social Care Management



**Università Commerciale  
Luigi Bocconi**

CERGAS  
Centre for Research on Health  
and Social Care Management

## Impatto della legge 161/2014 sulle Aziende del SSN

Osservatorio FIASO

“Politiche del Personale nelle Aziende del SSN”

I Quaderni FIASO

---

A cura di **Carlo De Pietro, Mario Giacomazzi, Nicola Pinelli,**  
**Marco Sartirana** in collaborazione con **Diana de Maffutiis**  
e **Flavia Di Pasquale**

---

**Editore:**

**KOS Comunicazione e Servizi s.r.l.**

Via Vitaliano Brancati 44 - 00144 Roma

## Indice

<b>Introduzione. Le ragioni della ricerca</b> .....	pag.	5
<b>1. Contesto di riferimento</b> .....	«	9
1.1. Previsione normativa.....	«	9
1.2. Specificità dell'organizzazione del lavoro in sanità.....	«	10
1.3. Impatto della normativa europea a livello internazionale.....	«	11
<b>2. Metodo di lavoro</b> .....	«	15
2.1. Organizzazione dell'Osservatorio FIASO e attività svolte.....	«	15
2.2. Composizione e rappresentatività del campione.....	«	15
2.3. Metodologia della rilevazione.....	«	17
<b>3. Impatto dell'introduzione della legge 161/14 sulle Aziende SSN</b> .....	«	19
3.1. Problemi di interpretazione del d.lgs. 66/2003 e della legge 161/2014.....	«	19
3.2. Attività di monitoraggio e informazione avviate in base alla legge 161/2014.....	«	21
3.3. Principali criticità riscontrate in conseguenza dell'entrata in vigore della legge 161/2014.....	«	22
3.4. Azioni correttive in conseguenza dell'entrata in vigore della legge 161/2014.....	«	24
<b>4. Considerazioni conclusive e proposte</b> .....	«	29
4.1. Diagnosi complessiva.....	«	29
4.2. Indicazioni di policy.....	«	31
4.3. Proposte FIASO a ARAN e al legislatore nazionale e regionale a tutela del lavoro e della funzionalità del SSN.....	«	33

Appendice - Approfondimenti sul fenomeno delle inidoneità alla mansione .....	«	37
Risultati e punti aperti della ricerca CERGAS Bocconi 2015 sulle inidoneità .....	«	37
Approfondimenti dall'Osservatorio FIASO Politiche del personale nel SSN .....	«	40
<b>Protagonisti della ricerca e ringraziamenti</b>		
- Referenti aziendali .....	«	46
- Aziende partecipanti .....	«	49
<b>Glossario acronimi</b> .....	«	50
<b>Bibliografia</b> .....	«	51

## *Introduzione*

### **Le ragioni della ricerca**

*di Pierluigi Tosi*

Negli ultimi anni le Aziende del SSN sono state chiamate a trovare soluzioni organizzative per rispondere ai continui cambiamenti in corso nel contesto economico, politico e demografico, e per rispettare le indicazioni della normativa nazionale e regionale nell'ambito della gestione delle risorse umane. Tra gli esempi più rilevanti di tali cambiamenti e vincoli di contesto, troviamo il blocco del turnover, la riduzione nel numero degli incarichi di struttura e, a partire dallo scorso anno, l'adeguamento del settore sanitario alla normativa comunitaria in merito all'orario di lavoro del personale sanitario (art. 14 legge 161/2014). Tali previsioni sono state inserite in un contesto di blocco dei rinnovi contrattuali e, ancora più importante, di marcato invecchiamento degli organici aziendali: condizioni che hanno reso la gestione del personale un'attività al contempo centrale e difficoltosa.

A fronte di tali continue sollecitazioni, le soluzioni adottate nelle Aziende sono state molto diversificate nel corso del tempo. In alcuni casi, la capacità di anticipare i cambiamenti in corso e di identificare strategie di medio-lungo periodo è stata messa in campo nel tentativo di cogliere i vincoli come opportunità per recuperare efficienza e introdurre innovazioni gestionali. In altri casi è invece prevalso un approccio meramente passivo di adeguamento formale alle indicazioni normative. In altri ancora sono state identificate soluzioni di breve periodo.

Fino ad oggi è mancata tuttavia un'analisi sistematica che consenta di comprendere i cambiamenti gestionali e

organizzativi realizzati e in corso, di valutare l'impatto dei cambiamenti del contesto e delle politiche, e di orientare le future attività di policy a livello nazionale e regionale. A questo scopo FIASO ha costituito l'Osservatorio Politiche del Personale, strumento per analizzare nel tempo le risposte organizzative di gestione del personale adottate dalle Aziende del SSN per rispondere alle sollecitazioni cui è continuamente esposto il sistema sanitario perseguendo i seguenti obiettivi:

- rilevare le modalità di cambiamento nel governo delle risorse umane derivanti dalle scelte istituzionali nel SSN e dalle riorganizzazioni aziendali;
- costruire e collaudare uno strumento di osservazione e analisi sugli effetti delle azioni di contenimento dei costi del personale sulle Aziende sanitarie;
- diffondere e consolidare le metodologie di lavoro adottate nel Laboratorio "benessere organizzativo" al servizio delle Aziende associate;
- mettere in evidenza le esperienze di partecipazione dei professionisti (azioni di coinvolgimento diretto del personale) promosse dal management per affrontare il tema dell'innovazione.

L'analisi dell'impatto organizzativo della legge 161/2014, illustrata nel presente Quaderno, è stato il primo ambito di attività dell'Osservatorio per il 2016. L'obiettivo specifico di tale lavoro di ricerca, realizzato a un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa, è stato di mappare i problemi nell'interpretazione della legge, le criticità organizzative riscontrate, le azioni correttive e di monitoraggio avviate dalle Aziende.

Il Quaderno richiama anzitutto il contesto in cui tale analisi si è svolta e illustra il questionario somministrato alle Aziende e i risultati ottenuti. Propone quindi alcune misure specifiche per adattare le norme alla natura e ai bisogni organizzativi delle Aziende sanitarie pubbliche e per tutelare gli obiettivi di

efficacia, equità ed efficienza del SSN, anche con l'obiettivo di offrire suggerimenti utili per altri settori economici confrontati con l'applicazione del d.lgs. 66/2003.

Le pressioni provenienti dal contesto istituzionale e dalle modificazioni anagrafiche degli organici SSN, si accompagnano a importanti innovazioni nell'organizzazione dei servizi che, a loro volta, richiedono la definizione di nuovi ruoli organizzativi. Anche su tale tema l'Osservatorio intende mettere a confronto le prassi manageriali che accompagnano tali sviluppi, ad esempio in termini di politiche formative, retributive, etc.

Da ultimo, tale azione rende necessario lo sviluppo o il rafforzamento di indicatori (HR metrics) che permettano il monitoraggio sistematico dei principali fenomeni collegati alla gestione del personale, quali il già citato invecchiamento degli organici, il clima organizzativo, etc., a supporto delle strategie aziendali.



## 1. Contesto di riferimento

### 1.1. Previsione normativa

Dal 25 novembre 2015, decorsi i 12 mesi dall'entrata in vigore delle disposizioni della legge 161/2014, si applicano a pieno titolo anche al personale SSN tutte le disposizioni del d.lgs. 66/2003 con cui il Governo dava attuazione alle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti i periodi minimi di riposo, il lavoro notturno, il lavoro a turni e altri aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro la legge ha abrogato due precedenti norme italiane, derogatorie dalla direttiva comunitaria in tema di orari e riposi del personale sanitario dipendente (l'art. 41, c. 13 della legge 133/2008 e l'art. 17, c. 6-bis del d.lgs. 66/2003).

Tra le novità introdotte da tale normativa nel sistema sanitario si segnalano in particolare le seguenti:

- la durata media dell'orario normale di lavoro non deve superare le 48 ore settimanali, comprese le ore di lavoro straordinario;
- ogni lavoratore ha diritto, nel corso delle 24 ore, di un periodo minimo di riposo di 11 ore;
- il ricorso alle prestazioni di lavoro straordinario deve essere contenuto e comunque non deve superare le 48 ore settimanali di orario normale;
- per ogni periodo di sette giorni il lavoratore deve beneficiare di un periodo minimo di riposo ininterrotto di 24 ore, di regola la domenica, a cui si sommano le 11 di riposo giornaliero.

La legge 161 stabilisce che per far fronte alla fine delle deroghe, Regioni e Province autonome «garantiscono la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e l'ottimale funzionamento delle strutture, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane» e attuando «processi di riorganizzazione e razionalizzazione delle strutture e dei servizi».

In tale contesto, il Comitato di Settore Regioni-Sanità della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato, in data 4 novembre 2015, l'atto d'indirizzo inerente le problematiche relative all'art. 14, c. 1, della legge 161/2014, e alle deroghe previste dall'art.

14, c. 3 della medesima legge, che la contrattazione nazionale deve disporre al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

## 1.2. Specificità dell'organizzazione del lavoro in sanità

Tale modifica della normativa richiama non pochi elementi di dibattito sull'organizzazione del lavoro in sanità. Da un lato, è evidente come il mercato del lavoro negli ultimissimi decenni si sia indirizzato, almeno in parte anche nel settore sanitario, verso una maggiore deregolamentazione e flessibilizzazione. Ciò ha comportato un incremento di situazioni di precariato che possono rendere opportuna da parte del legislatore una rinnovata attenzione alla tutela dei lavoratori e alla regolamentazione di orari, riposi, etc. Accanto a ciò si riscontra una crescente attenzione posta al benessere sui posti di lavoro e alla salute dei lavoratori, anche per rispondere all'allungamento delle vite professionali e all'innalzamento dell'età pensionistica. Tutti elementi che depongono a favore di una migliore tutela del lavoro, compresa quella che passa, ad esempio, dalla tutela dei riposi.

Dall'altro lato, il mercato del lavoro è sempre più caratterizzato dalla presenza di “lavoratori della conoscenza” o comunque dall'aumento dei livelli di formazione e dalla specializzazione delle competenze. Tale fenomeno, evidente nel settore sanitario, rende più difficile inquadrare e conseguentemente tutelare i lavoratori in schemi organizzativi “tayloristici”, cioè caratterizzati da contratti di lavoro dipendente a tempo indeterminato, nonché attività e orari definiti con precisione. Per esemplificare, basti pensare al lavoro di un medico che oltre all'attività assistenziale è impegnato in attività di ricerca e partecipa attivamente alla comunità scientifica. Come fare, anche volendo, a definire il suo orario di lavoro? Come considerare le ore dedicate, anche fuori ufficio o ospedale, alla lettura di articoli scientifici, ai referaggi, alle trasferte per i convegni, etc.?

Questo dualismo, che vede al contempo la diffusione di rapporti precari (che richiedono più tutele e protezione) e la diffusione di attività lavorative più articolate, più autonome e meno inquadrabili in orari di lavoro prefissati, rende al contempo più utile, ma anche più difficile, definire una regolamentazione adeguata.

Infine, non si può non considerare come il lavoro sanitario sia caratterizzato da una limitata fungibilità degli operatori. In particolare, tale fungibilità deriva da (i) l'ampio ventaglio di attività specialistiche che “frammenta” l'organizzazione aziendale, (ii) la “profondità” delle competenze specialistiche che richiede tempi di formazione lunghi e onerosi, (iii) il riconoscimento legale delle competenze tecniche e i

monopoli legali affidati ad alcune professioni/specializzazioni sulle attività a maggiore contenuto tecnico-professionale. Chiaramente ciò limita in misura importante la mobilità e la fungibilità organizzativa delle persone, il che riduce fisiologicamente il grado di flessibilità nella programmazione oraria da parte delle Aziende e rende dunque più rilevante e oneroso l'impatto della nuova normativa sugli orari di lavoro.

### 1.3. Impatto della normativa europea a livello internazionale

La “Direttiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro” (anche nota come European Working Time Directive o EWTD), che aggiorna le due precedenti Direttive sopra citate, è il testo di riferimento in tema di orari di lavoro a livello comunitario.

L'applicazione della normativa nei diversi paesi è stata progressiva, e non sono mancati ritardi, in particolare con riferimento a alcune aree del settore pubblico, inclusa la sanità (European Commission, 2010).

In conformità con quanto previsto dalla normativa (art. 22 della Direttiva), molti paesi dell'Unione hanno garantito ai lavoratori, in accordo con il datore di lavoro, la possibilità di sottoscrivere una deroga individuale (*opt-out*) rispetto al limite delle 48 ore di lavoro settimanali (ma, si badi bene, la deroga si applica solo all'orario di lavoro settimanale e non alle altre indicazioni previste dalla direttiva).

In alcuni paesi il diritto a tale deroga individuale è stato consentito in tutti i settori produttivi, in altri paesi solo in quei contesti che erogano servizi 24/7 (cioè per 24 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana) in cui il ricorso al lavoro *on-call*<sup>1</sup> è più frequente, tipicamente il settore sanitario. La Commissione Europea ha richiamato formalmente alcuni paesi (quali ad esempio Francia, Grecia, Irlanda e Italia) nei quali l'orario di lavoro degli operatori sanitari – e in particolare dei medici ospedalieri – superava i livelli indicati, richiedendo di adeguarsi agli standard della direttiva.

---

<sup>1</sup> Per lavoro *on-call* si intende la modalità di lavoro per cui i professionisti, tipicamente negli orari notturni o festivi, devono garantire il servizio di guardia rimanendo fisicamente in ospedale. Il suo ricorso può essere diffuso a tutta l'organizzazione o limitato ad alcuni contesti quali ad esempio Pronto Soccorso, Anestesia, Ostetricia o Chirurgia d'urgenza. L'intensità di lavoro durante il periodo *on-call* varia in maniera significativa da paese a paese e da azienda a azienda. Tale modalità, in cui le ore di lavoro vengono conteggiate e remunerate in maniera diversa da quelle di lavoro tradizionale, era largamente diffusa in alcuni paesi prima della European Working Time Directive e si sta progressivamente riducendo. Il lavoro *on call* si distingue pertanto dalla “reperibilità” per come intesa nel SSN, che in inglese si definisce “stand-by time”.

Ad oggi non sono molte le analisi relative all'impatto di tale direttiva nel settore sanitario, e ovviamente il confronto sconta importanti differenze di assetto organizzativo e di modalità di lavoro. Un report realizzato per la Commissione Europea nel 2010 (Deloitte, 2010) ha messo in luce alcuni dati comparativi analizzando casi studio in 10 paesi (ma senza includere l'Italia). Anzitutto la Tabella 1 riporta il numero di ore medio lavorato, mettendo in luce l'elevata eterogeneità e, in alcuni casi, la differenza tra i medici con l'opzione di *opt-out* rispetto agli altri.

**Tabella n. 1 – Media ore settimanali lavorate**

	Doctors	Nurses
BE	• 45-50 h per week	• 38-40 h per week
DE	• Opt-out: 48-58 h per week • Opt-out: 42-58 h per week	• Non opt-out: 40-50 h per week • Non opt-out: 38.5 h-41h per week
DK	• Junior doctors: 37-38 h per week • Senior doctors: 37-45 h per week	• 37-38 h a week
FI	• 38.25 h per week • Other options for normal work time are 76.5 hours over a 2-week period or 114.75 hours over a 3-week period	• 38.25 h per week • Other options for normal work time are 76.5 hours over a 2-week period or 114.75 hours over a 3-week period
FR	• 48 h per week + 20 annual working time reduction	• 32.5 h per week (night work) • 37.5 h per week (day work) • On average 35 hours/week because compensated for by RTT
PL	• Opt-out: 60 h per week • Non opt-out: 40-60 h per week	• 37-38 h per week
PT	• 42 h per week	• 35-40 h per week
MT	• 40 h per week	• Opt-out (about 80%) 46-47 h per week • Non opt-out: 40-43 h per week
RO	• 35-40 h per week • A minority states they are working 54-56 h per week	• 35-40h per week
UK	• 40-48 h per week	• 38-40 h per week

Fonte: Deloitte (2010)

Il report sottolinea inoltre come l'introduzione della normativa abbia portato, da un lato, a un aumento della domanda di professionisti, in particolare in quelle discipline che lavorano 24/7 o con emergenze frequenti; dall'altro, a significative ristrutturazioni della rete di offerta e riorganizzazioni delle modalità di lavoro che hanno incrementato efficienza e produttività.

Le misure di risposta organizzativa sono state variegata, tra le più significative tale report cita:

- riduzione dei turni di lavoro on-call a favore di turni di lavoro ordinario (es. Germania, Danimarca, Romania, Regno Unito);
- utilizzo della possibilità di opt-out per i medici ospedalieri o altri professionisti sanitari (es. Belgio, Francia, Germania, Malta);
- cambiamento dello *skill mix*, ad esempio con estensione delle attività effettuabili dal personale infermieristico per ridurre l'orario del lavoro dei medici (es. Francia, Romania, Regno Unito);
- nuove assunzioni e aumento dei budget per straordinari, soprattutto per il personale medico, seppur in misura limitata in ragione dei limiti dei vincoli di spesa e della disponibilità di professionisti sul mercato del lavoro (es. Belgio, Danimarca, Finlandia, Germania, Francia, Polonia, Regno Unito, etc.);
- aumento dei contratti libero professionali (es. Belgio, Francia, Polonia, Portogallo, Romania). In Belgio e Polonia sembra sia in corso un trend per cui medici ospedalieri dipendenti sono diventati liberi professionisti a contratto, per non dover sottostare alle indicazioni normative.

Sempre secondo tale report, in termini di effetti della normativa, l'impatto sulla salute e il work-life balance dei professionisti appare chiaramente positivo, mentre molto discusso è l'impatto sulla qualità della formazione dei medici; secondo molti operatori infatti 48 ore di lavoro settimanali non sarebbero sufficienti per offrire una preparazione adeguata ai medici in formazione.

Vi sono poi alcuni studi rilevanti sull'impatto della EWTD nel National Health Service del Regno Unito, con particolare riferimento al personale medico. Ad esempio lo studio della Independent Working Time Regulations Taskforce (IWTRT, 2014) ha evidenziato come la riduzione di ore di lavoro dei medici ha ridotto lo stress lavorativo ma ha avuto impatti negativi sui pazienti, in particolare con riferimento all'aumento dei passaggi di consegne tra professionisti, con conseguente aumento degli interlocutori per il paziente, e all'insufficienza di personale, soprattutto nella fascia oraria notturna. L'introduzione della normativa ha infatti determinato una modifica della turnistica dei medici, con una significativa riduzione del lavoro *on-call* a favore di turni definiti, tipicamente di 12 ore. L'impatto principale si è avuto in alcune discipline chirurgiche in cui l'orario settimanale di lavoro era in precedenza sensibilmente superiore alle 48 ore. Da ultimo, anche questa analisi riporta le criticità collegate alla formazione degli specializzandi sopra menzionate. Analoghe conclusioni sono riportate da Temple (2010) nel suo rapporto dal titolo

*“Time for training. A review of the impact of the European Working Time Directive on the quality of training”*, commissionato dal Segretario di Stato per la salute del governo inglese. Il rapporto sostiene che è possibile garantire un processo formativo efficace nel limite delle 48 ore lavorative settimanali, ma solo a condizione che vengano introdotti una serie di cambiamenti nelle modalità con cui la formazione viene effettuata e nella qualità delle attività cliniche affidate ai medici in formazione.

Infine, alcuni studi pubblicati su riviste scientifiche mediche illustrano ricerche sugli effetti della nuova organizzazione del lavoro nel Regno Unito su qualità dell’assistenza, mortalità, degenza media (Cappuccio et al., 2009; Collum et al., 2010; McIntyre et al., 2010; Clarke et al., 2014), spesso però riportando risultati statisticamente non significativi. Lambert e colleghi (2016), nel loro studio basato su interviste effettuate con personale medico, mostrano che la maggior parte degli intervistati ritiene che la nuova normativa abbia migliorato il work-life balance, e che i maggiori beneficiari siano stati i medici più giovani. Tuttavia, oltre due terzi dei rispondenti ritiene che la direttiva abbia avuto un impatto negativo sulla continuità di cure per i pazienti e sulla qualità della formazione dei medici, e quasi la metà ritengono che la qualità dell’assistenza al paziente sia peggiorata. Complessivamente i chirurghi sono i più scettici riguardo ai benefici della riforma.

## 2. Metodo di lavoro

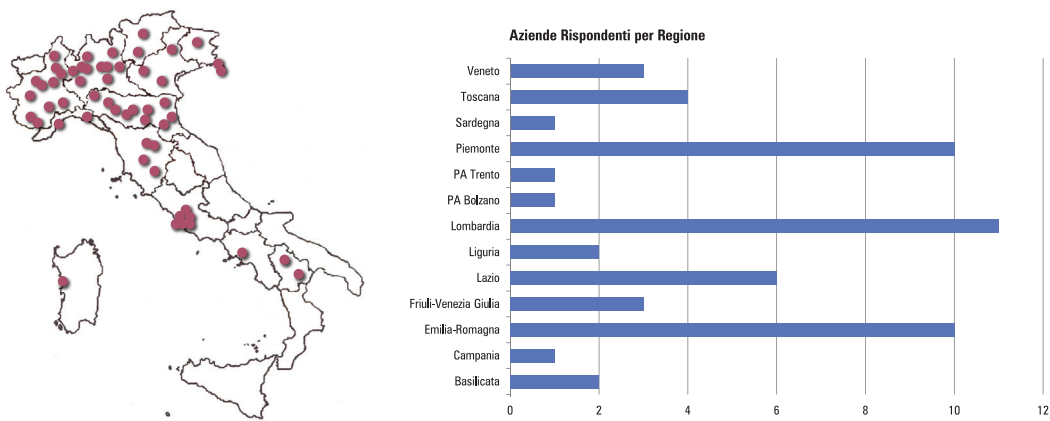
### 2.1. Organizzazione dell'Osservatorio FIASO e attività svolte

L'Osservatorio FIASO "Politiche del Personale nelle Aziende SSN" ha identificato un Comitato strategico e un Comitato tecnico interaziendale. Il Comitato strategico è composto dai direttori generali dell'Azienda capofila e di alcune Aziende, coordinati da un responsabile della Presidenza. Esso ha il compito di definire obiettivi strategici e linee metodologiche dell'attività dell'Osservatorio, identificare le proposte di miglioramento, interpretare i risultati ottenuti e presentarli a istituzioni e stakeholder. Il Comitato tecnico interaziendale è composto dai referenti aziendali e, sotto il coordinamento del responsabile e dell'Azienda capofila, ha il compito di attuare gli obiettivi definiti dal Comitato strategico, raccogliere le informazioni e contribuire alla loro interpretazione, mettere a punto strumenti di comunicazione che possano facilitare la diffusione dei risultati. L'Osservatorio ha beneficiato dell'affiancamento e del supporto metodologico del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) dell'Università Bocconi. Il lavoro è stato svolto nel corso del 2016. Nel mese di maggio il Comitato tecnico ha predisposto una prima versione del questionario che è stata testata, in versione pilota, tra le Aziende del Comitato stesso. Nel mese di giugno il questionario è stato aggiornato, informatizzato e quindi somministrato alle Aziende del SSN. Nel mese di settembre si è chiusa la fase di rilevazione e sono state elaborate le analisi e le proposte di policy, discusse e validate nel mese di ottobre con il Comitato strategico e tecnico interaziendale dell'Osservatorio. Successivamente, è stato redatto il presente Quaderno.

### 2.2. Composizione e rappresentatività del campione

Come evidenziato dalla Figura 1, al questionario hanno risposto 55 Aziende di 13 Regioni italiane pari al 28% del SSN.

Figura n. 1 - Aziende Rispondenti per Regione



Analizzando la composizione dei partecipanti ai fini interpretativi delle risposte ricevute, emerge con tutta evidenza – come si può evincere dalla Tabella n. 2 - che il campione si caratterizza per una netta prevalenza di Aziende appartenenti all'area Nord del paese (75% del campione, 41% SSN) e al Centro (18% e 31%), e una molto scarsa di quelle del Sud (6%).

Tabella n. 2 – Rappresentatività per area geografica

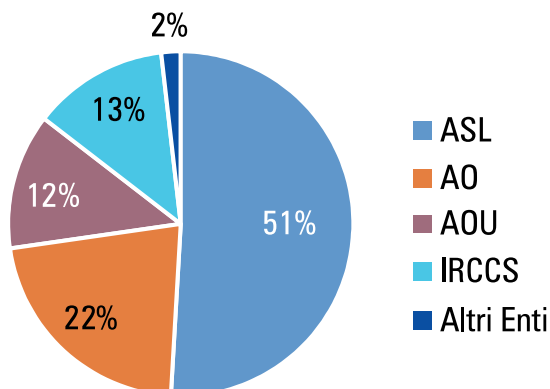
Area	TOTALE SSN	Rispondenti survey	Incidenza SSN	Incidenza campione
Nord	101	41	41%	75%
Centro	32	10	31%	18%
Sud e Isole	63	4	6%	6%
<b>Totale</b>	<b>196</b>	<b>55</b>	<b>28%</b>	

La Figura 2 evidenzia come il 51% delle Aziende rispondenti sono ASL, il 23% AO, l'11% AOU e il 13% IRCCS. Completano l'analisi l'ESTAR (Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale del SSR toscano) e l'Azienda ARES 118 (Azienda regionale emergenza sanitaria) del Lazio.

La partecipazione elevata alla ricerca lascia intravedere l'importanza riconosciuta al tema da parte delle Aziende del SSN. Tale alta partecipazione, al di là delle considerazioni relative alla rappresentatività statistica, permette all'Osservatorio di trarre conclusioni e formulare proposte che rappresentano prassi manageriali e bisogni organizzativi di una parte sostanziale del Servizio Sanitario Nazionale.



Figura n. 2 - Aziende rispondenti per tipologia



### 2.3. Metodologia della rilevazione

L'Osservatorio ha sviluppato la tematica partendo dall'analisi della normativa e dall'individuazione degli aspetti maggiormente controversi; in un secondo momento è stato quindi predisposto un questionario da somministrare alle Aziende sanitarie con la finalità di evidenziare criticità e possibili soluzioni indirizzate a superarle o quantomeno temperarle.

Il questionario è stato inviato alle Direzioni generali che hanno identificato una o più figure professionali deputate all'inserimento delle risposte, nella maggior parte i responsabili della gestione delle risorse umane o loro collaboratori.

Il questionario proposto è strutturato in 43 domande suddivise in tre sezioni, di cui la prima di 31 domande sull'impatto della legge 161/2014 mentre la seconda e la terza sezione, rispettivamente, sulla Gestione dei dipendenti con inidoneità e idoneità con limitazioni e sulla Gestione dell'invecchiamento.

La prima sezione del questionario ha interrogato le Aziende su quattro aspetti relativi alla legge 161/2014:

- a) problemi di interpretazione della L.161/2014 e del d.lgs. 66/2003;
- b) attività di monitoraggio e informazione avviate in seguito all'entrata in vigore della L.161/2014;
- c) principali criticità riscontrate in seguito all'entrata in vigore della L.161/2014;
- d) possibili azioni correttive.

Nei prossimi paragrafi vengono riportate le risposte relative alla prima sezione (domande 1 – 31) relativa all'impatto della legge 161/2014, non quelle relative alla seconda e terza sezione, che esulano dai contenuti specifici del presente Quaderno e che quindi sono riportate in appendice.



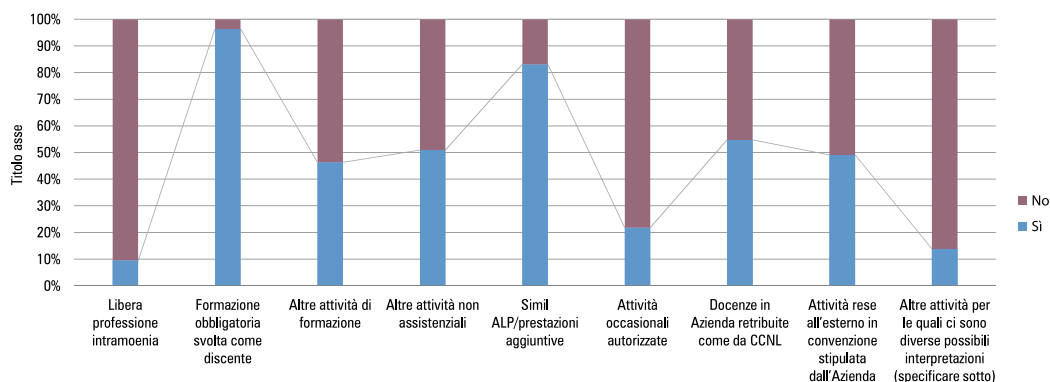
## 3. Impatto dell'introduzione della legge 161/14 sulle Aziende SSN

### 3.1. Problemi di interpretazione del d.lgs. 66/2003 e della legge 161/2014

Un primo ambito d'indagine è relativo ai problemi d'interpretazione della normativa. Anzitutto è stato chiesto alle Aziende «*Presso la vostra azienda quali attività ritenete rientrano nell'orario di lavoro così come definito dall'art. 1 D.Lsg. 66/2003?*»

Le risposte rappresentate nella Figura 3 mettono in evidenza una forte eterogeneità nelle scelte aziendali in merito all'inclusione o meno nell'orario di lavoro di alcune tipologie di attività, ad esempio la formazione non obbligatoria, le docenze, o le attività in convenzione.

Figura n. 3 - Attività che rientrano nell'orario di lavoro come definito dal d.lgs. 66/2003<sup>2</sup>



La Figura 4 mostra invece le categorie di personale non coinvolto dalle disposizioni sull'orario di lavoro<sup>3</sup>. Anche in questo caso le risposte

<sup>2</sup> Il grafico, così come i seguenti, riporta i dati percentuali relativi alle Aziende che hanno dato risposta a questa domanda, escludendo pertanto le non risposte.

<sup>3</sup> La domanda era così formulata: «*A quali tipologie di personale nella vostra Azienda non avete applicato le disposizioni in materia di orario normale di lavoro (art. 3), durata massima orario di lavoro (art. 4), lavoro straordinario (art. 5), riposo giornaliero (art. 7), pause (art. 8), organizzazione e durata del lavoro notturno (art. 12-13), così come previsto dall'art. 17, comma 5 del d.lgs. 66/2003, il quale si riferisce ai "lavoratori la cui durata dell'orario di lavoro, a causa delle caratteristiche dell'attività esercitata, non è misurata o predeterminata o può essere determinata dai lavoratori stessi e, in particolare, quando si tratta: a) di dirigenti, di personale direttivo delle aziende o di altre persone aventi potere di decisione autonomo?*».

mettono in evidenza una elevata eterogeneità nella scelta dei soggetti coinvolti nell'applicazione della norma. Le maggiori difficoltà sono state riscontrate in riferimento all'inclusione o meno dei dirigenti di struttura complessa (coinvolti dall'applicazione in 32 Aziende).

La Figura 5 si riferisce invece all'inclusione o meno delle attività svolte fuori dai turni, quali ad esempio le timbrature anticipate/ritardate rispetto all'orario o, per la dirigenza, i rientri in servizio non previsti/non richiesti, ai fini del rispetto del riposo giornaliero e/o del riposo settimanale.

L'analisi delle spiegazioni a testo libero della risposta «In alcuni casi» presentano motivazioni quali «solo se espressamente autorizzate», «solo straordinari autorizzati», «solo in uscita per passaggio consegne e

Figura n. 4 - **Personale non coinvolto dalle disposizioni sull'orario di lavoro**

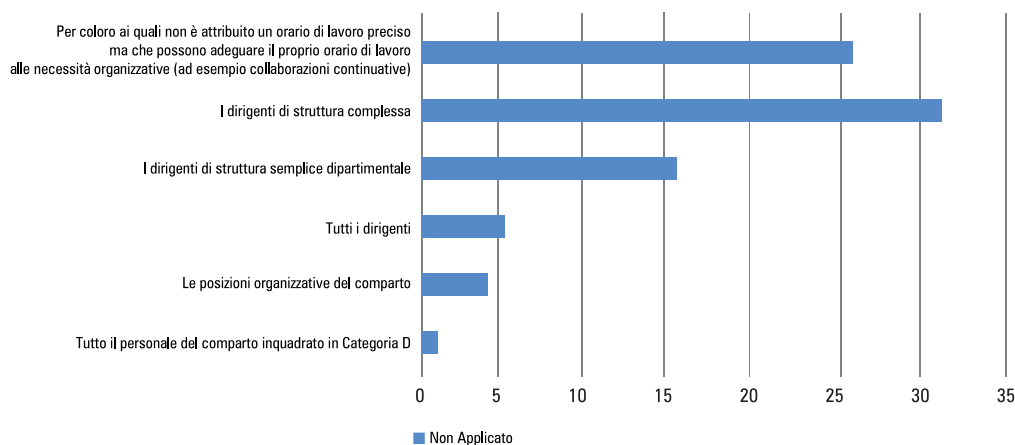


Figura n. 5 - **Attività svolte fuori dai turni (personale turnista e personale non turnista)**

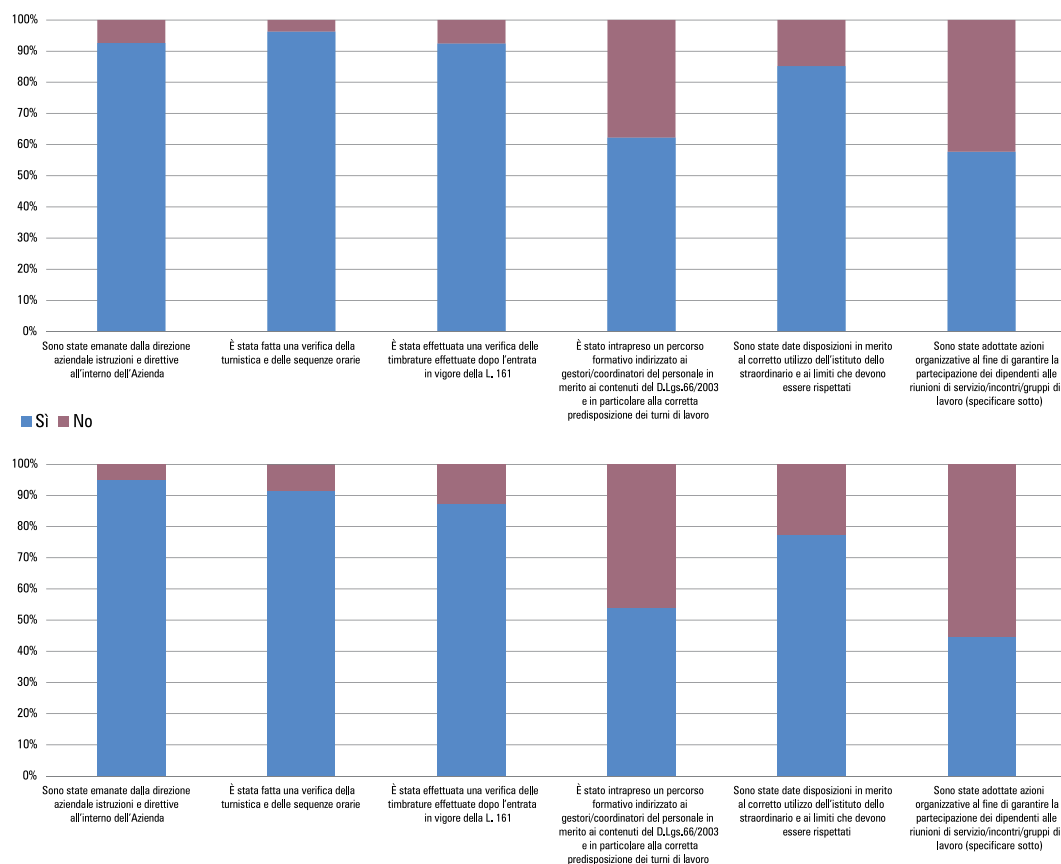


cambio divisa» o «solo per necessità di servizio». È evidente anche in questo caso l'eterogeneità dei comportamenti aziendali, tuttavia ci si chiede quali questioni giuridiche e di responsabilità si pongano relativamente al mancato computo dell'orario, seppur fuori turno e non autorizzato.

### 3.2. Attività di monitoraggio e informazione avviate in base alla legge 161/2014

Nonostante le difformità interpretative mostrate nelle figure precedenti, sostanzialmente tutte le Aziende hanno messo in atto attività di monitoraggio e informazione in risposta alla nuova disciplina. La Figura 6 mostra come la quasi totalità delle Aziende abbia risposto alla normativa avviando strumenti di monitoraggio e informazione su turnistica, timbrature, straordinario, etc., con

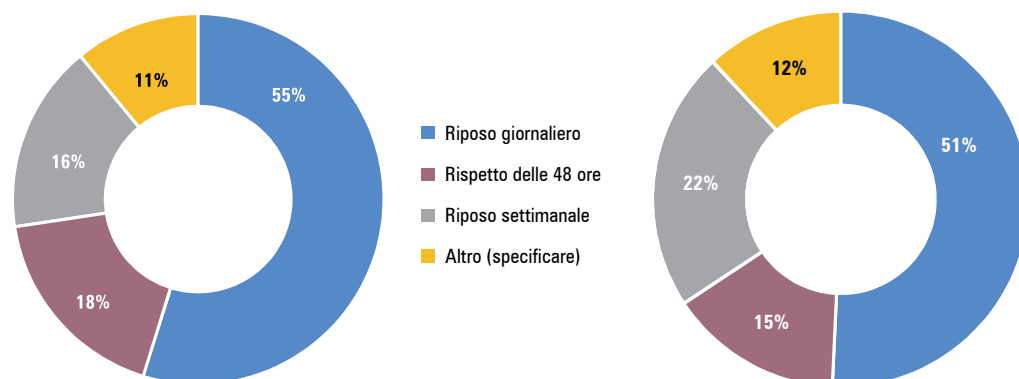
Figura n. 6 - Attività di monitoraggio e informazione avviate in risposta alla legge 161/2014 (comparto e dirigenza)



riferimento al personale sia del comparto che dirigente, anche se ciò non ha sempre richiesto l'attivazione di programmi formativi specifici. Allo stesso modo, non tutte le Aziende hanno sentito la necessità di ripensare l'organizzazione delle riunioni e dei gruppi di lavoro, che pur possono facilmente risultare non compatibili con le condizioni poste dalla normativa sugli orari di lavoro.

In Figura 7 sono riportate le risposte alla domanda «Se è stata effettuata una verifica delle timbrature effettuate dopo l'entrata in vigore della L. 161, quali sono le problematiche principali emerse dalla verifica delle timbrature?». Emerge come nella maggior parte dei casi le criticità siano nate, sia per il comparto che per la dirigenza, per rispettare i riposi giornalieri.

Figura n. 7 - **Problemi emersi dalla verifica delle timbrature (comparto e dirigenza)**



### 3.3. Principali criticità riscontrate in conseguenza dell'entrata in vigore della legge 161/2014

Il questionario ha chiesto quindi ai rispondenti di segnalare le principali criticità riscontrate in conseguenza dell'entrata in vigore della legge 161/2014, in termini ad esempio di differimento dei periodi feriali, riduzione delle attività formative e delle riunioni, aumento dello straordinario, allungamento delle liste di attesa o riduzione delle attività sanitarie erogate. Le risposte mostrate in Figura 8 e in Figura 9 mettono in evidenza come tale impatto sia stato riscontrato nella maggior parte delle Aziende, anche se meno del 10% dei rispondenti lo considera particolarmente significativo.

Con riferimento invece delle aree di attività aziendale in cui sono emersi maggiori problemi organizzativi, la Figura 10 mostra come quattro volte su cinque le criticità più significative siano state

Figura n. 8 - Le criticità riscontrate (comparto e dirigenza)

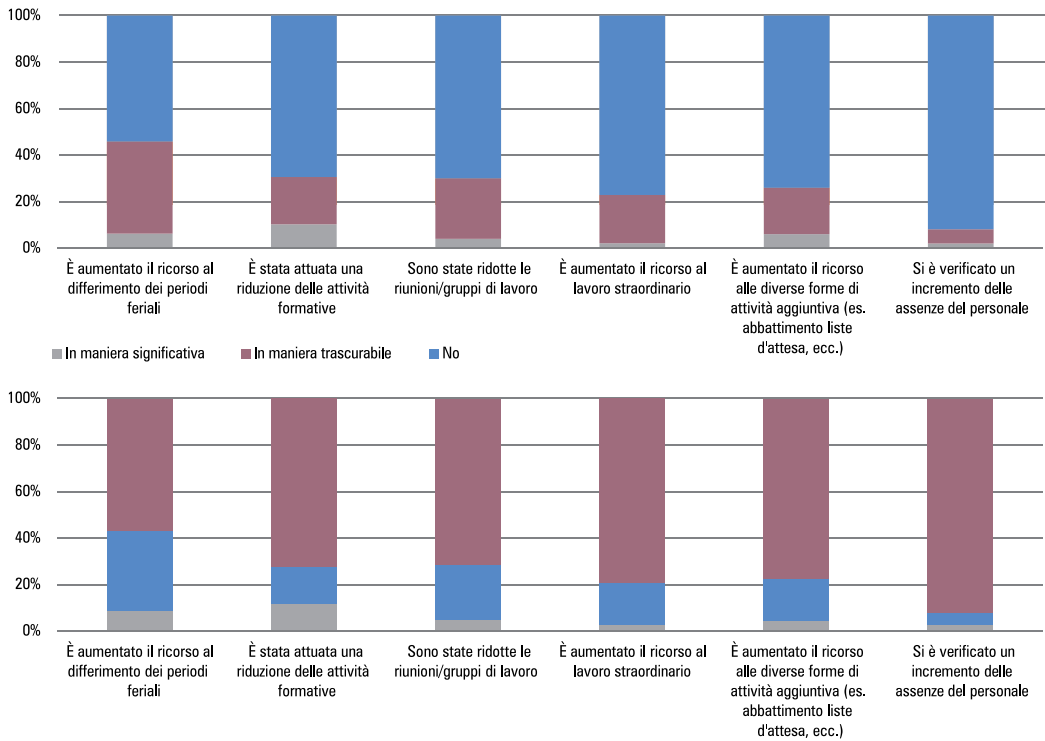
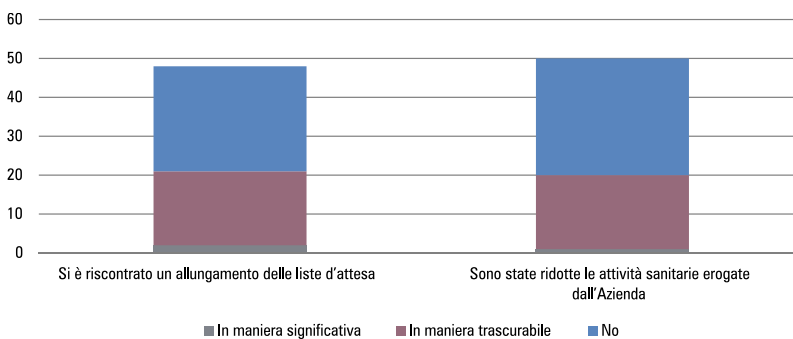
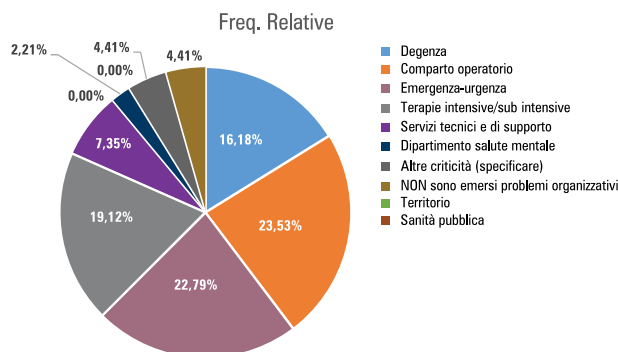


Figura n. 9 - Le criticità riscontrate nelle liste di attesa e nella produzione



riscontrate nell'area delle degenze, del comparto operatorio, dell'emergenza/urgenza e delle terapie intensive o sub-intensive. Come confermato da un'altra domanda del questionario, sono proprio queste le aree in cui sono state intraprese le principali azioni di riorganizzazione dei turni, insieme a quella dei servizi tecnici di supporto.

Figura n. 10 - Aree interessate dalle criticità



### 3.4. Azioni correttive in conseguenza dell'entrata in vigore della legge 161/2014

Circa un quarto delle Aziende hanno sviluppato modelli innovativi di turnistica per accompagnare la modifica degli orari di lavoro, in particolare per il personale del comparto. Esempi in tal senso sono stati l'introduzione per il comparto del «turno a 12 ore» o l'«uniformazione del turno notturno a 11 ore», l'«inversione inizio turno del turno in quinta h 24», o ancora la «suddivisione in due dei turni di pronta disponibilità». Diverse Aziende hanno già realizzato queste innovazioni, mentre altre ne stanno sperimentando o progettando di ulteriori, ad esempio l'«introduzione del nuovo modello assistenziale Primary Nurse» nel comparto o la «produzione codice timbratura specifico per la didattica rispetto all'attività assistenziale» per la dirigenza con incarichi didattici.

La Figura 11 mostra in particolare le risposte relative a tre azioni correttive di organizzazione della turnistica, particolarmente rilevanti soprattutto per il personale della dirigenza. Un'Azienda su quattro ha infatti riorganizzato i turni della dirigenza introducendo guardie interdivisionali, sostituendo turni di pronta disponibilità con presenza attiva o, circa in egual misura, optando per sostituire presenze attive con turni di pronta disponibilità.

In coerenza con le criticità riscontrate, tali interventi hanno riguardato soprattutto l'area delle degenze e dell'emergenza, il comparto operatorio e le terapie intensive.

Diversi dei rispondenti hanno segnalato un impatto anche nell'ambito della rimodulazione della formazione (Figura 13), in particolare per il personale del comparto. Circa un quarto delle Aziende ha incrementato l'utilizzo di strumenti di formazione a distanza, ha modificato l'articolazione oraria dei corsi o ha incrementato la formazione sul



Figura n. 11 - Modelli innovativi di turnistica (comparto e dirigenza)

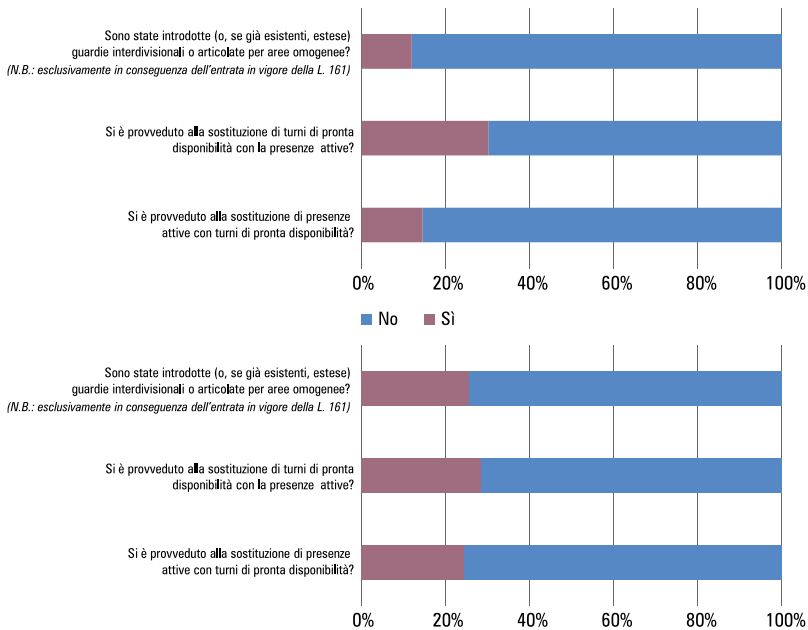


Figura n. 12 - Aree di intervento (comparto e dirigenza)

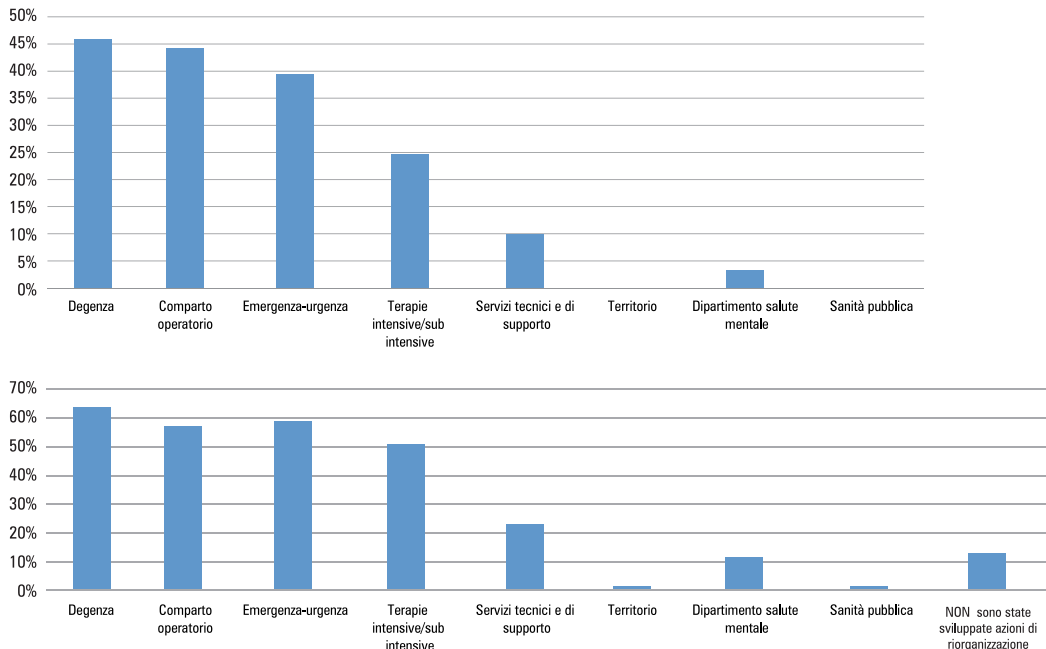
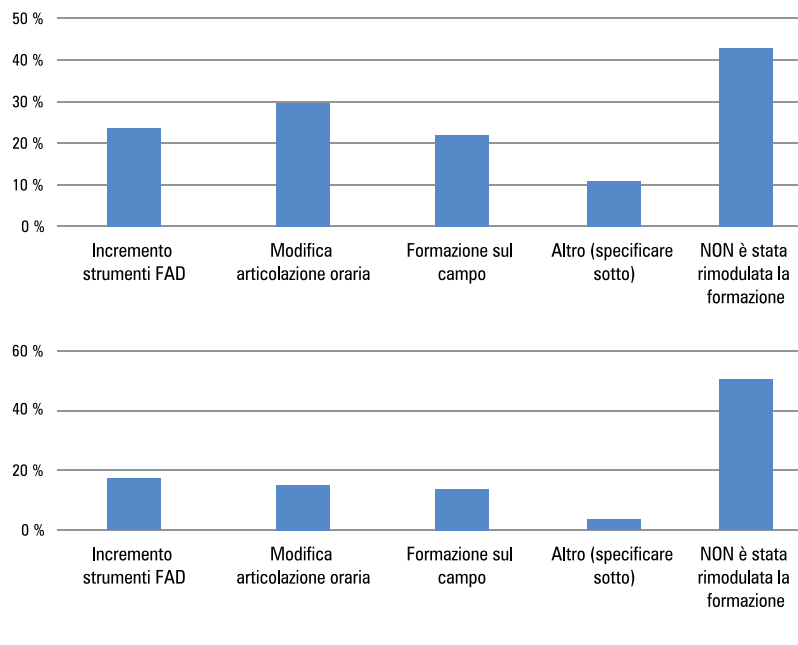


Figura n. 13 - Rimodulazione della formazione (comparto e dirigenza)



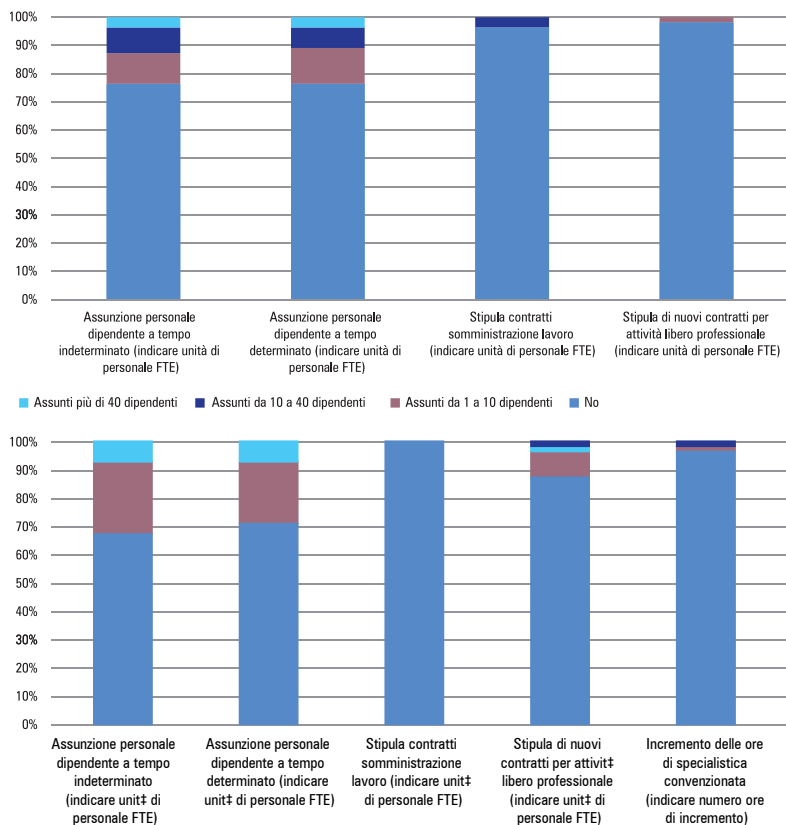
campo. Meno rilevanti sono stati invece gli impatti per il personale con qualifica dirigenziale.

La Figura 14 illustra l'impatto della legge in termini di nuove assunzioni o di stipula di nuovi contratti<sup>4</sup>. Il 20% delle Aziende ha assunto tra 10 e 40 dipendenti del comparto a tempo determinato e altrettante Aziende ne hanno assunti tra 10 e 40 a tempo indeterminato. Su alcune Aziende l'impatto è stato particolarmente rilevante, con 40 o più assunzioni nel comparto a tempo indeterminato o determinato. Meno numerose sono state le nuove assunzioni nella dirigenza, ma pur sempre significative almeno in un'Azienda su otto. In qualche caso sono aumentati in misura significativa i contratti per l'attività libero professionale, mentre raramente è stato fatto ricorso alla stipula di contratti di somministrazione lavoro o all'incremento delle ore di specialistica convenzionata (quest'ultimo dato non è stato riportato in figura perché trascurabile).

Da ultimo, il questionario chiedeva alle Aziende di rispondere alla domanda «Sono state sviluppate o progettate esperienze di riorganizzazione aziendale o interaziendale finalizzate all'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse

<sup>4</sup> Alle Aziende è stato chiesto di indicare esclusivamente le assunzioni conseguenti all'entrata in vigore della legge 161/2014.

Figura n. 14 - Nuove assunzioni e contratti (comparto e dirigenza)



umane?». Un numero significativo di Aziende ha risposto affermativamente con riferimento a esperienze che hanno coinvolto il comparto (42%) o la dirigenza (32%). Sono stati citati esempi di riorganizzazioni a livello aziendale, quali la «riorganizzazione delle risorse umane su base dipartimentale» o la «revisione piano reperibilità». La maggior parte delle Aziende ha tuttavia fatto riferimento a riorganizzazioni in corso a livello interaziendale, quali: «dipartimenti interaziendali e strutture complesse interaziendali», «cessione laboratorio alla ASL e unificazione dei servizi amministrativi», «convenzione con altra ASL per tele-refertazione diagnostica per immagini» o «concentrazione di servizi su area metropolitana (laboratori, centri trasfusionali, radiologie)».



## 4. Considerazioni conclusive e proposte

*di Francesco Ripa di Meana*

### 4.1. Diagnosi complessiva

Volendo tracciare una diagnosi complessiva dell'impatto organizzativo della legge 161/2014, si può senz'altro affermare che sia stato significativo e abbia costituito un'ulteriore, rilevante sfida, all'organizzazione del lavoro nelle Aziende del SSN. Bisogna infatti ricordare che tale modifica della normativa si è inserita in un contesto gestionale già sotto pressione a causa di riduzione delle risorse, blocco del *turnover*, blocco dei CCNL con conseguenti tensioni e rivendicazioni sindacali. In diverse Regioni ha inoltre coinciso con progetti di riordino del SSR, con conseguenti fusioni e trasformazioni aziendali, o con Piani di Rientro.

La ricerca ha mostrato come, in primo luogo, vi sia stata una forte eterogeneità nell'interpretazione e quindi nelle concrete modalità applicative della legge, anzitutto con riferimento alla definizione dei soggetti e delle tipologie di attività a cui applicare la normativa. Le Aziende hanno segnalato come talvolta anche gli stessi ispettorati del lavoro diano interpretazioni diverse della normativa, contribuendo a complicare il perimetro di azione aziendale. Ciò con l'evidente conseguenza di trattamenti iniqui o comunque diversi per le medesime tipologie di dipendenti, anche in contesti territoriali limitrofi. È pertanto necessario, anzitutto, fare chiarezza sul dettato normativo per definire riferimenti comuni tra le Aziende (cfr par. 4.3.). Ciò potrà essere sviluppato per via normativa, o attraverso la condivisione di modalità applicative comuni in seno alla comunità delle Aziende associate alla FIASO. È poi quanto mai opportuno sviluppare strumenti e occasioni di informazione, formazione e condivisione delle buone pratiche che supportino le Aziende nel continuare a garantire un'efficace risposta ai bisogni di salute nel rispetto dei diritti e della sicurezza dei propri dipendenti.

Le Aziende sono riuscite ad arginare le principali criticità definendo in breve tempo soluzioni organizzative capaci di "mettere subito a regime" il rinnovato impianto normativo. È emerso come le Aziende abbiano trovato soluzioni gestionali diversificate (e a volte co-presenti all'interno della medesima organizzazione) per rispondere al dettato normativo, quali ad esempio:

- la manutenzione straordinaria dei sistemi di gestione, ad esempio con la revisione dei turni di lavoro (e in alcuni casi con

l'introduzione di modelli innovativi quali il *primary nursing*), la revisione dei sistemi di guardie e reperibilità, la diluizione delle ferie durante un periodo estivo più ampio, la riorganizzazione della formazione con l'incremento di FAD o formazione sul campo, etc.;

- la riduzione di alcune attività più comprimibili nel breve periodo, ma con possibili ricadute negative sul medio-lungo termine, quali ad esempio la riduzione delle attività di formazione e delle riunioni di lavoro;
- la concentrazione della casistica e l'accorpamento di alcuni punti di erogazione di servizi anche a livello interaziendale;
- assunzioni *ad hoc*, a tempo determinato o indeterminato;
- la riduzione della produzione o l'incremento delle liste di attesa.

Nel complesso, le Aziende hanno messo in campo risorse organizzative e sforzi ingenti per assicurare la tenuta del sistema, sostanzialmente a parità di servizi erogati. Come prevedibile, l'impatto è stato più rilevante nelle aree ospedaliere per acuti ma ha riguardato anche altri ambiti organizzativi, e ha coinvolto sia il personale del comparto sia il personale con qualifica dirigenziale.

Il quadro che la rilevazione FIASO presenta è diversificato. In alcuni contesti organizzativi, pur con fatica, sono state trovate soluzioni efficaci per rispondere alla nuova normativa anche cogliendo questo *shock* esogeno come opportunità per velocizzare i processi di cambiamento e innovazione. La legge 161/2014 ha rappresentato un'occasione per avviare, rafforzare o rilanciare esperienze di riorganizzazione sia a livello aziendale (ad esempio con una più decisa implementazione della gestione del personale a livello dipartimentale), sia a livello interaziendale (ad esempio con lo sviluppo di dipartimenti unificati o la concentrazione dei servizi sanitari, amministrativi o di supporto, in linea anche con quanto disposto dal DM 70/2015). In altri contesti sembra invece sia prevalso un approccio reattivo, con l'adozione di soluzioni di breve/medio termine non a lungo sostenibili o con la riduzione dei servizi, a danno quindi degli utenti del SSN.

In ogni caso il rispetto del dettato normativo con le risorse attuali rappresenta un problema per il SSN, e sebbene in questa prima fase le criticità maggiori siano state arginate con uno sforzo particolare richiesto agli operatori, nel medio periodo è ragionevole aspettarsi che emergano in tutta la loro portata. Non può infatti non destare preoccupazione la riduzione di attività formative, gruppi di lavoro, incontri di dipartimento e di servizio, nonché delle azioni di promozione della salute e del benessere dei dipendenti, in particolare rivolte ai lavoratori più anziani. Sebbene in passato potesse essere presente una quota di attività di scarso valore, ora quasi del tutto

eliminate, oggi non ci sono più gli spazi e i tempi per quelle attività non direttamente assistenziali quali la formazione, la pianificazione del lavoro e l'attività di confronto multidisciplinare. Tuttavia, si tratta di attività con ricadute rilevanti sulla manutenzione e lo sviluppo delle competenze e sulla motivazione dei dipendenti e l'efficacia dei nuovi modelli di organizzazione sanitaria (quali ad esempio i gruppi di cure multidisciplinari, i PDTA, i momenti per l'integrazione tra operatori ospedalieri e territoriali, etc.).

#### 4.2. Indicazioni di policy

L'impatto della nuova normativa sul settore sanitario è rilevante. Ciò spiega peraltro la deroga concessa per anni al settore e ora eliminata. L'impatto è rilevante tenuto conto (i) della limitata fungibilità delle persone/figure/competenze e (ii) della presenza diffusa del lavoro per turni. Esso inoltre viene enfatizzato a causa delle già molte rigidità gestionali poste dalla diffusione di altri istituti o tutele (allattamento, permessi legge 104/1992, limitazioni lavorative certificate, etc.).

Per meglio comprendere tale impatto a un anno circa dall'entrata in vigore della legge 166/2014, FIASO ha promosso un'indagine – che a conoscenza di chi scrive non ha equivalenti in altri settori – a cui hanno risposto quasi sessanta Aziende pubbliche del SSN, operanti in tredici Regioni. Pur non trattandosi di un campione casuale stratificato, l'alto numero di risposte permette di trarre indicazioni solide, su cui FIASO può basare proposte di *policy* e di aggiustamenti normativi selezionati e specifici. Si è dunque riscontrato un rilevante interesse da parte delle Aziende, dimostrato sia dal numero elevato di risposte pervenute al questionario (con un'ampia copertura del territorio nazionale e la presenza di tutte le diverse tipologie di Azienda ASL, AO, AOU e IRCCS) che dalla qualità dei contributi, spesso molto articolati e ricchi di indicazioni e proposte.

L'analisi è stata incentrata sulle risposte date a un questionario distribuito alle Aziende. Tali risposte sono state fornite per lo più dai servizi aziendali che si occupano di gestione del personale. In alcuni casi tali servizi potrebbero non avere avuto notizie dirette di tutti gli impatti della nuova normativa e di tutte le azioni di riorganizzazione che sono state attivate per rispondervi. Nonostante tale possibile sottostima, le Aziende del SSN risultano essere state reattive e pronte ad "accomodare" tale nuova disciplina. I risultati della rilevazione attraverso questionario mostrano infatti gli sforzi fatti per monitorare i tempi di lavoro, rivedere i sistemi di turnistica e reperibilità, concentrare ulteriormente le attività per perseguire efficienza tecnica ed economie di scopo, etc. Accanto a tali azioni sull'organizzazione,

alcune Aziende hanno comunque dovuto assumere nuovo personale per mantenere lo stesso volume di attività erogate in precedenza. Allo stesso modo, in alcuni casi le norme sugli orari hanno comportato una riduzione delle attività aziendali o l'allungamento delle liste di attesa<sup>5</sup>. Tali risposte appaiono particolarmente rilevanti, tenuto conto della puntuale e specifica richiesta del questionario di rispondere riferendosi esclusivamente alle azioni messe in atto quale reazione alla nuova normativa (e non riferendo di azioni gestionali che comunque sarebbero state svolte anche in assenza della legge 161/2014). L'analisi degli esiti del questionario ha portato, tra l'altro, alle seguenti conclusioni:

- permangono ambiti di incertezza applicativa sia rispetto alle tipologie di attività che devono essere ricomprese nell'orario di lavoro sia rispetto a quelle per cui la normativa non dovrebbe trovare applicazione;
- nelle Aziende sono state dettate disposizioni in merito al rispetto delle norme in materia di orario di lavoro e riposi ed è stata attivata una formazione specifica rivolta a coloro che devono predisporre i turni e gestire il personale;
- sono state effettuate attività di verifica della turnistica e delle sequenze orarie oltre che di monitoraggio delle timbrature effettuate dal personale dopo l'entrata in vigore della L.161/2014;
- sono state adottate azioni di riorganizzazione della turnistica e delle attività (ad esempio sostituzione di turni di pronta disponibilità con presenze attive, introduzione di guardie interdivisionali, concentrazione di servizi a livello di area vasta);
- nonostante tutte le attività di riorganizzazione effettuate, l'utilizzo di risorse aggiuntive (ad esempio nuove assunzioni) finalizzate a garantire il rispetto della L.161/2014 e in alcuni casi anche la revisione dell'offerta di prestazioni, permangono criticità nel contemperare il rispetto delle disposizioni normative con la garanzia della continuità dei servizi erogati;
- il rispetto del precetto del riposo giornaliero è quello che incontra maggiori difficoltà di applicazione, sebbene anche quello del riposo settimanale e dell'orario massimo di lavoro incontri in diverse realtà aziendali problematiche significative;

<sup>5</sup> La domanda relativa agli impatti su volumi di produzione o liste di attesa non può che riferirsi a un giudizio complessivo e non necessariamente corretto, per ragioni tecniche (difficoltà di rispondere in modo sintetico) ma anche per ragioni di sensibilità e di opportunità politico-amministrativa. Pur con tale attenzione, i risultati della rilevazione restano interessanti.



- una particolare criticità è stata segnalata relativamente allo svolgimento di attività non assistenziali ma comunque necessarie, quali la formazione obbligatoria e la partecipazione a riunioni di reparto;
- altre decise criticità sono state evidenziate in ordine a tipologie di personale in possesso di competenze specialistiche approfondite e pertanto infungibili (ad esempio gli addetti di trapiantologia), per i quali quindi il rispetto delle 11 ore di riposo giornaliero è particolarmente complesso; ovvero per figure che, per effetto di accordi e convenzioni con altri enti, svolgono attività all'esterno della struttura ospedaliera (Università, libera professione, etc.).

Per tutelare i livelli di attività del SSN, è importante che le Aziende sappiano rispondere nel migliore dei modi a tale ulteriore vincolo/richiesta e dunque apprendano dalle esperienze fatte da altre Aziende, in una dinamica di socializzazione delle buone pratiche e di confronto tra esse. D'altro canto, accanto a tale attività di *benchmarking* e apprendimento, le Aziende sanitarie chiedono una modifica o specificazione dell'attuale normativa. Tale modifica dovrà riconoscere le specifiche esigenze dell'organizzazione sanitaria e trovare un punto di equilibrio con quelle dei lavoratori. In particolare, le misure chieste da FIASO riguardano: (i) la deroga alla normativa per le figure di management aziendale il cui lavoro si svolge in buona parte all'esterno di luoghi fisici definiti e di programmazioni orarie definite; (ii) la non responsabilità per l'Azienda sanitaria di controllare e considerare le attività che non sono programmate né controllabili dall'Azienda stessa; (iii) prevedere una "franchigia" di ore annuale per svolgere attività di formazione, riunioni di servizio, etc.; (iv) la previsione di deroghe specifiche a tutela di servizi ritenuti di interesse pubblico; (v) la previsione di eccezioni per le attività specialistiche non programmabili o che richiedono il contributo di competenze a bassa fungibilità.

FIASO resta disponibile per qualunque approfondimento o confronto con gli altri portatori d'interesse. La Federazione si augura in ogni caso di avere contribuito, con l'indagine svolta presso le proprie Associate e con il presente Quaderno, alla ricerca di soluzioni organizzative che contemperino in modo efficace la tutela dei lavoratori del SSN e le esigenze di funzionalità delle Aziende sanitarie.

### **4.3. Proposte FIASO a ARAN e al legislatore nazionale e regionale a tutela del lavoro e della funzionalità del SSN**

A partire dalle considerazioni conclusive sull'impatto della legge 161/2014 sull'attività delle Aziende del SSN, il lavoro di analisi promosso dall'Osservatorio si è concentrato su quanto contenuto nell'Allegato all'Atto di indirizzo del Comparto sanità (Conferenza delle

regioni) per l'attuazione del disposto dell'art. 14 comma 1 della L. 30 ottobre 2014, n.161 (del 4 novembre 2015).

Forte dell'ampia e articolata attività di approfondimento svolta e del coinvolgimento di un gran numero di amministrazioni sanitarie, l'Osservatorio FIASO "Politiche del personale del SSN" ha formulato quindi, a livello di contrattazione collettiva nazionale della normativa sull'orario di lavoro e sui riposi, le seguenti proposte, ritenendo che si tratti di suggerimenti rappresentativi del sistema aziendale e professionale del SSN:

- definizione esaustiva delle figure professionali escluse dall'applicazione delle disposizioni di cui al d.lgs. 66/2003: tra esse devono essere ricomprese - per la dirigenza - quantomeno i responsabili di struttura (complessa e semplice) e i titolari di incarichi dirigenziali di elevata professionalità e - per il comparto - i titolari di posizione organizzativa, in considerazione dell'autonomia professionale che caratterizza la loro attività ovvero del fatto che quest'ultima si svolge prevalentemente al di fuori di programmazioni orarie o di luoghi fisici definiti;
- identificazione di quelle tipologie di servizi (ad esempio la citata trapiantologia) per cui, a causa dell'elevata specializzazione della prestazione e dell'impossibilità di delegare le funzioni ad altri profili e al fine di non pregiudicare l'attività garantita all'utenza, le disposizioni in materia di riposo giornaliero consecutivo non trovano applicazione, prevedendo al contempo adeguate misure di protezione del personale interessato (ore di riposo non fruito da sommare al successivo riposo);
- previsione di deroghe - nell'ambito di quanto già previsto all'art. 14 comma 3 della legge 30 ottobre 2014 n. 161 - alle disposizioni in materia di riposo giornaliero per i servizi di specifico interesse pubblico (ad esempio per ospedali di prossimità con ridotta dotazione di personale), per i quali potrebbe essere previsto un riposo giornaliero consecutivo di durata inferiore (8 ore), prevedendo al contempo adeguate misure di protezione del personale interessato (ore di riposo non fruito da sommare al successivo riposo);
- esclusione delle attività non assistenziali (formazione obbligatoria, riunioni di reparto, partecipazioni a commissioni, comitati, etc.) dal computo delle 11 ore di riposo giornaliero o, in subordine, carattere sospensivo e non interruttivo del riposo per queste attività;
- esclusione dall'applicazione delle disposizioni di cui al d.lgs. 66/2003 delle attività che non sono programmate o controllabili da parte

dell'Azienda (ad esempio attività didattiche e di ricerca del personale universitario delle AOU): queste attività si caratterizzano per il fatto che il lavoratore non è a disposizione diretta del datore di lavoro ed esulano quindi dalla qualificazione giuridica operata dal d.lgs. 66/2003 (l'Azienda dovrà comunque tenerne conto nella redazione del Documento di valutazione dei rischi, ma non saranno ore considerate ai fini del calcolo dei riposi);

- esclusione delle attività volontaristiche (ad esempio formazione individuale, approfondimento di casi clinici, studio di metodiche, affiancamento ad altri colleghi, etc.) effettuate dal personale in timbratura - ma al di fuori dei turni di lavoro assegnati - dalle disposizioni in materia di riposo giornaliero o settimanale;
- valutazione complessiva delle attività svolte dal dipendente al di fuori del rapporto di lavoro: attività in convenzione, attività occasionali autorizzate, acquisto di prestazioni aggiuntive, attività libero-professionale, per stabilire se tali attività possano non essere conteggiate ai fini del calcolo dei riposi bensì considerate nella loro totalità, verificando che al lavoratore sia comunque garantito un adeguato recupero psico-fisico;
- con riferimento al personale turnista, stabilire che in caso di documentate esigenze che obbligano a una modifica del turno assegnato sia possibile prevedere un riposo giornaliero consecutivo di durata inferiore (8 ore), con recupero delle ore non fruite nel successivo riposo;
- previsione di una "franchigia" annuale di 80 ore complessive annue procapite da utilizzare per tutte le attività lavorative dovute a esigenze assistenziali o organizzative a causa delle quali non è stato possibile rispettare le disposizioni di cui al d.lgs. 66/2003.

FIASO auspica tutto quanto sopra descritto possa essere un valido contributo per le parti contrattuali e per il legislatore nell'applicazione della normativa sull'orario di lavoro prevista dalla citata legge 161/14.



## Appendice - Approfondimenti sul fenomeno delle inidoneità alla mansione

Riportiamo di seguito anche i risultati delle domande della seconda sezione del questionario, relative al fenomeno delle inidoneità e idoneità parziali alla mansione lavorativa. Il gruppo di lavoro dell'Osservatorio FIASO ha infatti voluto cogliere l'opportunità del questionario inviato alle direzioni aziendali per approfondire alcuni ambiti rimasti inesplorati nel progetto di ricerca "Le inidoneità e le limitazioni lavorative del personale SSN - Dimensioni del fenomeno e proposte" realizzato da CERGAS Bocconi nel 2015 con il supporto attivo di FIASO e dell'IPASVI (Federazione dei Collegi degli infermieri), della collaborazione di professionisti attivi presso l'ANMA (Associazione Nazionale Medici d'Azienda) e la SIMLII (Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale), e la convinta partecipazione di AUSL della Valle d'Aosta, CISL, Nursind, Regione Basilicata, Regione Umbria e Regione Veneto.

### **Risultati e punti aperti della ricerca CERGAS Bocconi 2015 sulle inidoneità**

I risultati del progetto di ricerca sono stati presentati nel convegno tenutosi a Milano il 10 dicembre 2015 ed è in fase di pubblicazione il volume di De Pietro, Pacileo, Pirazzoli e Sartirana (2017) che li illustra in dettaglio; di seguito si riportano alcuni dati di sintesi e alcuni aspetti di maggior rilevanza per comprendere gli obiettivi delle domande inserite nel questionario FIASO.

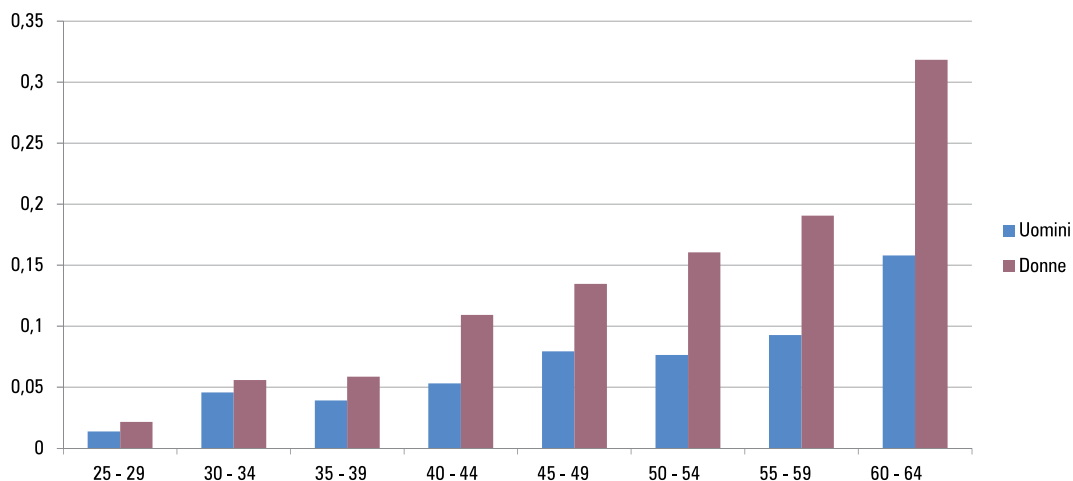
La dimensione quantitativa del fenomeno è stata analizzata a partire dalla rilevazione svolta grazie a una griglia di rilevazione compilata da 49 Aziende sanitarie pubbliche. Tale griglia, sviluppata con il supporto dei partner del programma di ricerca, ha rilevato l'entità complessiva dei lavoratori inidonei o parzialmente idonei, suddivisi in base ad alcune loro caratteristiche demografiche, contrattuali e organizzative. Essa includeva inoltre informazioni relative alle visite mediche previste dal processo di sorveglianza sanitaria, alle limitazioni riscontrate e alla loro gestione. Gli approfondimenti qualitativi, sviluppati attraverso nove casi aziendali, hanno poi consentito di comprendere le dinamiche

organizzative sottostanti il processo di gestione delle limitazioni e le percezioni, aspettative e comportamenti dei diversi attori.

I risultati hanno mostrato come il valore medio del fenomeno si attesti al 11,8% dell'ammontare complessivo degli organici. Le inidoneità totali sono molto ridotte e non superano lo 0,4% dei dipendenti. È invece significativo il numero di inidoneità parziali, sia temporanee che permanenti; in particolar modo le inidoneità parziali permanenti riguardavano il 7,8% dei dipendenti oggetto della rilevazione. Le limitazioni più frequenti sono quelle relative alla movimentazione di carichi (MMC) e pazienti (49,5%), seguite dalle limitazioni riferite alle posture (12,6%) e al lavoro notturno e alle reperibilità (12,0%). Il fenomeno si distribuisce in base al sesso dei dipendenti e all'età. Anzitutto si può notare come le inidoneità siano più frequenti tra le donne che tra gli uomini; inoltre, come facilmente prevedibile, i dipendenti inidonei aumentano significativamente con il crescere dell'età: sono infatti meno del 4% nella fascia 25-29 anni, mentre arrivano a circa il 24% nella fascia 60-64 anni, con un picco del 31,8% per le lavoratrici fra 60 e 64 anni (Figura 15).

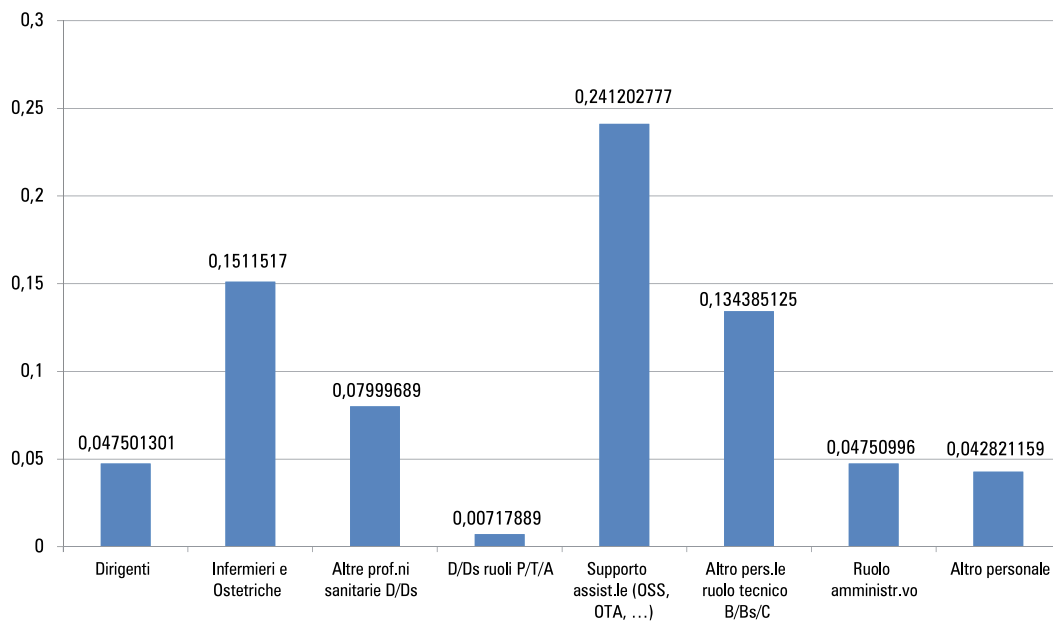
La categoria maggiormente colpita appare quella del personale di ruolo sanitario o tecnico di area sanitaria con mansioni strettamente operative e/o di tipo socio-assistenziale (ad esempio OSS, OTA, ausiliari specializzati), di notevole rilevanza in quanto numerosa in termini assoluti. Il 24,1% di coloro che operano in tale ruolo presenta infatti una o più limitazioni. Considerevole appare inoltre la prevalenza

Figura n. 15 - Prevalenza dei lavoratori con limitazioni per età e genere



delle limitazioni in coloro che svolgono professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche (categorie D o Ds) (15,1%), o nel personale di ruolo tecnico delle categorie C, Bs o B non coinvolto nel supporto assistenziale (13,4%). Solo il 4,8% dei dirigenti è invece totalmente o parzialmente inidoneo (Figura 16).

Figura n. 16 - Prevalenza delle limitazioni per ruolo e categoria



Le evidenze emerse dai casi studio hanno consentito una comprensione più approfondita di questi dati e segnalato alcune criticità. Anzitutto è emersa una forte eterogeneità nelle dotazioni di personale dedicato alla sorveglianza sanitaria, non del tutto corrispondente al diverso ammontare complessivo degli organici aziendali. Significativamente differenti sono risultate anche le dotazioni di personale di supporto e le attività ad essi assegnate. Se in alcuni casi si limitano a compiti amministrativo-segretariali, in altri includono prestazioni sanitarie (prelievi, vaccinazioni) o attività di formazione o di affiancamento al medico competente nella valutazione dei rischi. Inoltre, non sempre i protocolli per la sorveglianza sanitaria sono condivisi da tutti i medici competenti, per cui appaiono interessanti gli esempi di coordinamento tra MC a livello interaziendale al fine di favorire l'allineamento professionale. A supporto dell'attività di sorveglianza del medico competente manca spesso una rete definita di specialisti di riferimento

su patologie occupazionali. L'esperienza delle Aziende che ne dispongono appare positiva in quanto garantisce maggiore competenza specifica, facilita la collaborazione e riduce il rischio che gli specialisti assegnino direttamente prescrizioni o limitazioni alla mansione.

È stata rilevata anche l'importanza, per un'efficace gestione delle limitazioni, della qualità degli accertamenti sanitari prodotti dal medico competente, che devono supportare il datore di lavoro nell'identificazione delle soluzioni organizzative più adeguate per ciascun operatore. Una soluzione adottata in alcune Aziende che sembra rendere più snella la gestione di dipendenti con limitazioni è l'introduzione di DVR che classificano i reparti in classi per livelli di rischio, consentendo così il trasferimento dei dipendenti tra reparti con livelli di rischio analoghi senza necessità di una nuova visita del medico. Con riferimento ai sistemi informativi per la sorveglianza sanitaria, è emerso come la maggior parte delle Aziende utilizzi semplici database Excel. Tale situazione genera duplicazione dei dati, incomunicabilità tra i database dei diversi uffici nonché una scarsa standardizzazione delle informazioni che rende estremamente complesso il confronto interaziendale. Infine, si riscontra una complessiva assenza di chiarezza in merito alle funzioni attribuite alle diverse commissioni medico-legali esistenti. Capita che all'interno della stessa regione (e in qualche caso all'interno della stessa Azienda) diversi medici competenti facciano ricorso a commissioni differenti per casi analoghi, o ignorino l'esistenza stessa di alcune commissioni.

### **Approfondimenti dall'Osservatorio FIASO Politiche del personale nel SSN**

Sulla base dei risultati sopra esposti, l'Osservatorio FIASO Politiche del Personale ha voluto approfondire alcuni ambiti di indagine, e in particolare:

- numero medici competenti presso l'Azienda;
- numero operatori di supporto alla sorveglianza sanitaria e attività svolta;
- tipologia di sistema informativo utilizzato per la sorveglianza sanitaria;
- modalità di classificazione dei livelli di rischio degli ambienti di lavoro;
- presenza di una rete stabile di specialisti di riferimento per le patologie occupazionali;
- presenza di incontri multidisciplinari per la discussione di casi complessi;
- tipologie di commissioni e collegi medico-legali per giudizi di seconda istanza o alternativi rispetto a quello del medico competente;



- numero e esito dei ricorsi al giudizio del medico competente.

Evidentemente le due rilevazioni hanno alcune differenze metodologiche, inoltre sono state svolte a un anno di distanza l'una dall'altra e hanno coinvolto Aziende diverse del SSN. Tuttavia i dati riportati di seguito, che rappresentano le risposte di 61 aziende del SSN, consentono di arricchire in maniera affidabile la nostra comprensione del fenomeno delle inidoneità e limitazioni alla mansione e delle modalità con cui esso viene gestito all'interno delle organizzazioni, rispetto al quale mancano dati validi a livello nazionale.

Anzitutto è emerso come nelle Aziende che hanno risposto al questionario più di due medici competenti su tre sono dipendenti (121 su 168). Solo il 5% delle aziende che hanno risposto (3 su 55) affidano invece la sorveglianza sanitaria a società di servizi.

Nelle Aziende lavora in media un medico competente (dipendente o libero professionista) ogni 1.150 dipendenti. Tuttavia si riscontra una forte variabilità, da un minimo di un medico ogni 2.800 dipendenti a un massimo di un medico ogni 370 dipendenti. Forte eterogeneità si riscontra anche con riferimento agli operatori di supporto alla sorveglianza sanitaria. In media in ogni Azienda ne lavorano 5,9 ma mentre in quattro aziende vi è un solo operatore, in altre ne lavorano 15 operatori o più. Tale livello di variabilità stupisce, pur ammettendo che in parte sia fisiologica e da ascrivere alle dimensioni aziendali e ai diversi tipi di attività svolte da questi operatori. Come evidenziato in Figura 17 infatti in alcuni casi essi non solo offrono supporto amministrativo, ma effettuano anche prestazioni sanitarie (ad esempio prelievi) partecipano ai sopralluoghi e alla redazione del DVR o svolgono attività di formazione.

La Figura 18 mostra invece come solo la metà delle Aziende utilizzi per la gestione della sorveglianza sanitaria un software collegato con gli altri database aziendali (es. anagrafica personale, DVR, etc).

Il 38% delle Aziende utilizza archivi Excel mentre ancora un'Azienda su otto mantiene la documentazione in format cartaceo.

Diffuso è invece il ricorso a strumenti standardizzati per la classificazione dei livelli di rischio degli ambienti di lavoro, in particolare con riferimento ai rischi collegati alla movimentazione carichi. Ben l'87% delle Aziende ne adotta uno o più, quali ad esempio "Fasce di impegno biomeccanico"; MAPO; SAP; NIOSH; SUVA; SNOOK e Ciriello; Archimede.

Figura n. 17 - Tipologia di attività svolta dagli operatori a supporto della sorveglianza sanitaria

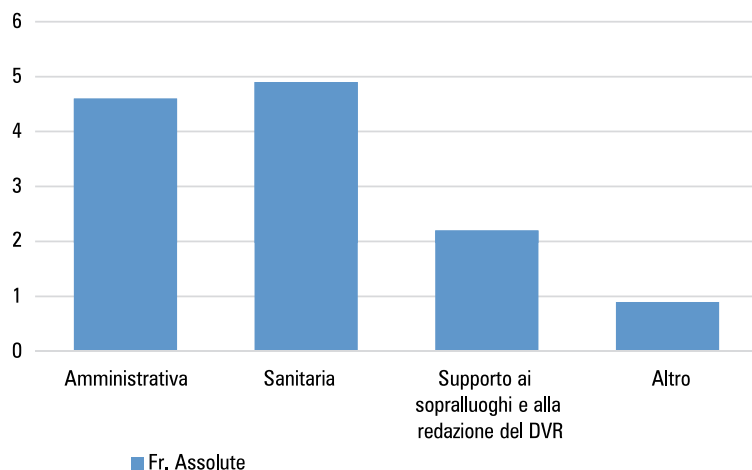
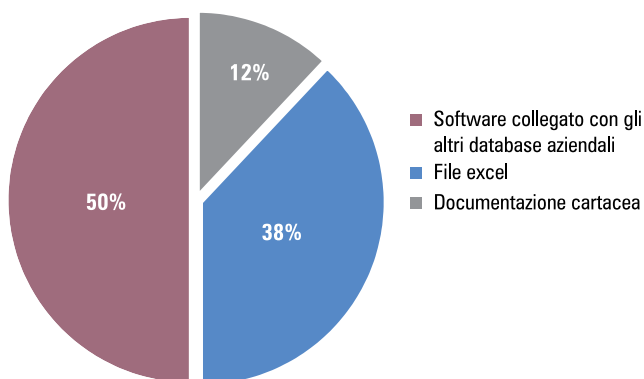


Figura n. 18 - Sistema informativo per la sorveglianza sanitaria



Diversamente da quanto emerso nei casi studio della ricerca CERGAS 2015, in una quota significativa di Aziende è presente una rete aziendale stabile (anche se non formalizzata) di specialisti di riferimento per le patologie occupazionali (fisiatra, ortopedico, psichiatra, etc.) in contatto con il medico competente in fase diagnostica/riabilitativa. Nel 71% dei casi infatti, come riportato in Figura 20, è in essere una collaborazione con le principali specialità, e soprattutto con ortopedici e psichiatri.

Figura n. 19 - Presenza di modalità standardizzate per la classificazione dei rischi

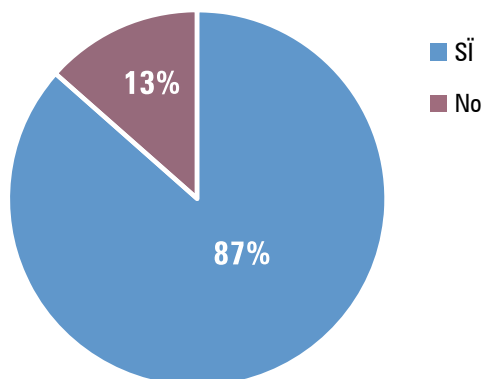
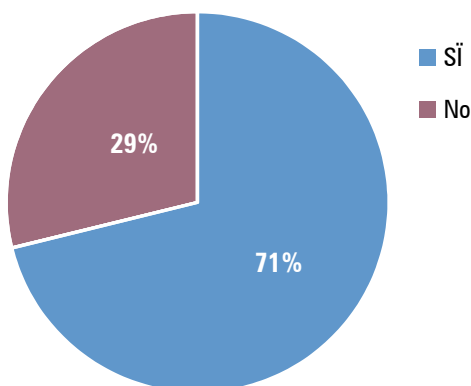
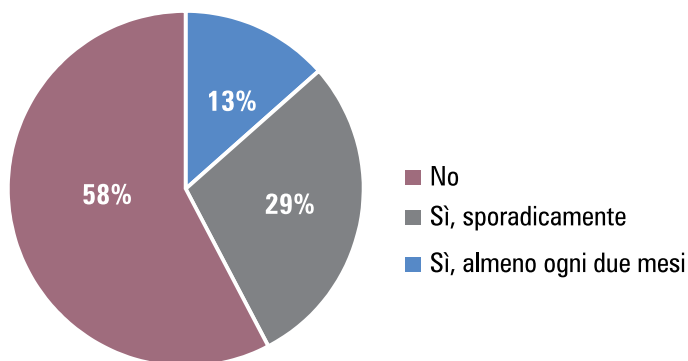


Figura n. 20 - Presenza di una rete di specialisti di riferimento



In Figura 21 è invece mostrato il dato relativo alla presenza e alla frequenza degli incontri di commissioni collegiali o team multidisciplinari formalizzati per la discussione di giudizi di idoneità complessi. Nel 58% dei casi non esistono riunioni, nel 29% esistono ma sono sporadiche, e solo nel 13% hanno cadenza almeno bimestrale. Sicuramente l'opportunità di predisporre riunioni periodiche formalizzate varia in base alle scelte aziendali e al contesto di riferimento, e in particolare Aziende piccole e monopresidio possono facilmente trovare modalità informali di allineamento. Tuttavia, come già ipotizzato nella ricerca svolta nel 2015, il dato appare complessivamente basso, e sembra opportuno un maggiore investimento da parte delle direzioni aziendali e dei medici competenti in tal senso.

Figura n. 21 - **Incontri multidisciplinari formalizzati per la discussione di casi complessi**

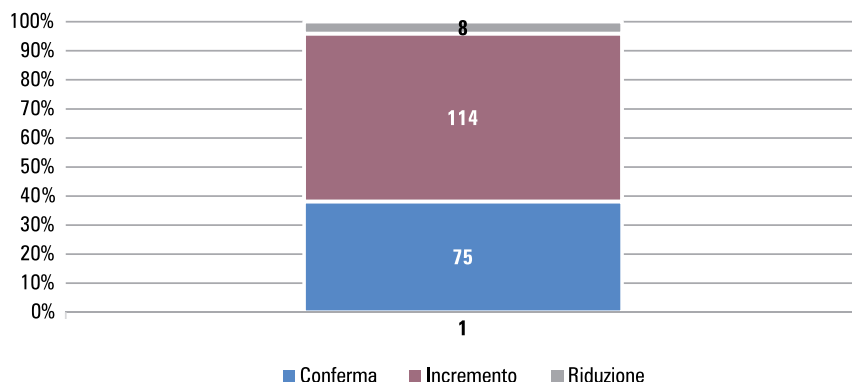


Le risposte al questionario hanno inoltre confermato l'estrema e apparentemente ingiustificata eterogeneità emersa nella ricerca del 2015 con riferimento al ricorso alle commissioni/collegi medico legali a cui lavoratore o Azienda si rivolgono per un giudizio di seconda istanza o alternativo rispetto a quello del medico competente. Di seguito si riportano esempi delle commissioni/collegi a cui si sono rivolte le Aziende rispondenti nell'ultimo anno: «Commissione interprovinciale ex art. 5 statuto lavoratori»; «Commissione medica di verifica ex art. 15 DPR 461/2001»; «Collegio Medico Legale ASL»; «PSAL ex art. 41 D.Lgs 81/2008»; «Collegio Medico ASL ex art. 41 D. d.lgs. 81/08»; «CMO (DPR 461/01)». Appare pertanto necessario un chiarimento normativo e un allineamento nelle pratiche tra Regioni e aziende.

Da ultimo, il questionario chiedeva alle aziende il numero e l'esito dei ricorsi presentati al Servizio di Prevenzione e Sicurezza sugli Ambienti di Lavoro nel 2015 da parte del dipendente. L'ipotesi di ricerca, formulata sulla base dei casi studio dell'indagine precedente, era che nella maggior parte dei casi i Servizi di Prevenzione e Sicurezza sugli Ambienti di Lavoro accogliessero la richiesta dei dipendenti di veder riconosciuta o incrementata una limitazione che il medico competente aveva negato o contenuto. Nel 2015 nelle 55 Aziende sono stati presentati 197 ricorsi da parte dei dipendenti. Come riportato in Figura 22, nel 58% dei casi il Servizio di Prevenzione e Sicurezza sugli Ambienti di Lavoro ha incrementato la limitazione riconosciuta dal medico competente, nel 38% dei casi ha confermato il giudizio del medico competente e solo nel 4% dei casi ha ridotto o negato la

limitazione. Molto inferiore è stato invece, nel medesimo periodo di riferimento, il numero di ricorsi al giudizio del medico competente da parte dell'Azienda, pari infatti a 21 ricorsi in 22 Aziende.

Figura n. 22 - **Esito dei ricorsi al giudizio del medico competente**



Complessivamente questi risultati confermano la necessità di intervenire su un tema importante non solo perché si trova all'intersezione tra l'esigenza di tutelare la salute dei lavoratori e quella di garantire la funzionalità aziendale e il contenimento della spesa pubblica, ma anche perché ha ripercussioni significative sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza dei pazienti. Le misure da adottare incidono su una pluralità di dimensioni. In alcuni casi si tratta di decisioni organizzative e prassi gestionali interne alle singole Aziende e che dunque interpellano la dimensione manageriale, come nel caso dell'entità e delle attività svolte dal personale della sorveglianza sanitaria (medici competenti e operatori di supporto), delle dotazioni informatiche, dell'utilizzo di strumenti standardizzati di classificazione del rischio, delle modalità di integrazione multidisciplinare o delle reti di specialisti. In altri casi riguardano le competenze professionali dei diversi attori coinvolti nelle attività di prevenzione e di sorveglianza e dunque interpellano principalmente i medici competenti e quindi la dimensione professionale. Altre proposte guardano invece alla regolamentazione del Servizio Sanitario Nazionale e il rapporto con altri attori del sistema, in primis i Servizi di Prevenzione e Sicurezza sugli Ambienti di Lavoro che la normativa identifica quali soggetti chiamati a esprimere giudizio di seconda istanza.

## Protagonisti della ricerca e ringraziamenti

Referenti aziendali	Ruolo e Azienda
Simona Amato	Direttore UOC Controllo di gestione ASL ROMA 2
Fabio Andreasi Bassi	Dirigente UOC Risorse umane IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani – Roma
Simona Barbieri	Dirigente amministrativo UOC Amministrazione del personale AOU Ospedale Careggi – Firenze
Anna Rosa Bellotti	Direttore SOC Affari generali ASL VCO
Marco Biagini	Dirigente amministrativo Amministrazione del personale Ex ASL 5 Oristano ora ASSL Oristano
Daniela Bianchi	Direttore amministrativo Direzione amministrativa ASST Ovest Milanese
Paola Biondi	Collaboratore amministrativo esperto UOC Risorse umane IRCCS IRE IFO ISG – Roma
Maria Carla Bologna	Dirigente amministrativo Supporto direzionale IRCCS IOR – Bologna
Maria Teresa Bulgari	Dirigente responsabile Risorse umane e relazioni sindacali ASST Cremona
Maria Rita Buzzi	Direttore UOC Risorse umane AUSL Parma
Monica Cagarelli	Dirigente Servizio interaziendale Amministrazione del personale AOU Policlinico Modena
Monica Cagarelli	Dirigente Servizio interaziendale Amministrazione del personale AUSL Modena
Raffaele Calzone	Collaboratore professionale amministrativo SC Gestione e amministrazione risorse umane Ex ASL TO1 ora ASL Città di Torino
Enrica Cazzaro	Collaboratore amministrativo professionale esperto Risorse umane Ex ULSS 15 Alta Padovana ora ULSS 6 Euganea
Alessandra Ceracchi	Dirigente psicologo UOS Psicologia ARES118 – Lazio
Rosa Colasurdo	Dirigente amministrativo UOC Gestione e sviluppo risorse umane ASP Potenza
Gianluca Corona	Dirigente responsabile SC Servizio personale ASL NO
Roberto Cosentina	Direttore sanitario Direzione sanitaria ASST Bergamo Est
Gianfranco Cricchi	Responsabile Settore informatico amministrativo personale UOC Politiche e gestione del personale AO Ospedale San Camillo Forlanini – Roma
Silvana Damilano	Dirigente Personale ASL CN1

## Protagonisti della ricerca e ringraziamenti

Referenti aziendali	Ruolo e Azienda
Alessandro Faldon	Direttore SOC Legale, affari generali e gestione risorse umane IRCCS CRO Aviano
Lorenzo Fioroni	Direttore SC Servizio gestione giuridica del personale AO IRCCS Arcispedale S.M. Nuova di Reggio Emilia
Andrea Folino	Dirigente Gestione del personale AOU Ospedale Sant'Andrea – Roma
Gianluca Forno	Collaboratore amministrativo Affari Generali ASL AT
Franco Francescato	Dirigente amministrativo Servizio del personale Ex ULSS 2 Feltre ora ULSS 1 Dolomiti
Paolo Franchi	Direttore Dipartimento tecnico amministrativo ESTAR – Toscana
Fulvio Franza	Dirigente amministrativo Personale ASUIT di Trieste
Anna Fusco	Dirigente Controllo di gestione ATS Bergamo
Elena Galati	Direttore SC Risorse umane Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo – Pavia
Mario Giacomazzi	Dirigente amministrativo UO Risorse umane AUSL Piacenza
Umberto Giavaresco	Dirigente responsabile Servizio comune gestione del personale AOU Arcispedale Sant'Anna di Ferrara
Gianenrico Guida	Direttore sanitario Direzione sanitaria AOU Maggiore della Carità di Novara
Christian Kofler	Direttore Ripartizione personale ASDAA Bolzano
Gianluca Leggio	Direttore Servizio Risorse umane ASST Spedali Civili Brescia
Maria Lista	Direttore SC Sviluppo organizzativo e gestione risorse umane ASL VC
Eustachio Marcosano	P.O. Ufficio stipendi Gestione Risorse umane ASM Matera
Alessandra Mariconti	Responsabile UOC Gestione risorse umane ATS dell'Insubria
Gianluca Mazza	Dirigente Area giuridica e amministrativa IRCCS IRST
Susanna Minghetti	Direttore SC Gestione Risorse umane ATS Città Metropolitana di Milano
Nicoletta Minutella	Direttore UOC Politiche del personale AOU Senese
Antonella Moretto	Dirigente SS Gestione giuridica ASL 2 Savonese
Francesco Neri	Direttore SC Personale ASST Rhodense
Antonietta Niro	Direttore Gestione risorse umane AORN Santobonopausilipon
Michela Petrazzi	Dirigente amministrativo SC Politiche e gestione del personale IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo – Trieste
Santo Radici	Direttore USC Politiche del personale ASST Papa Giovanni XXIII – Bergamo

## Protagonisti della ricerca e ringraziamenti

Referenti aziendali	Ruolo e Azienda
Marina Rebori	Direttore SC Personale ASL 4 Chiavarese
Grazia Maria Ricci	Collaboratore amministrativo Servizio personale AOU Integrata di Verona
Dario Rosini	Direttore Dipartimento Risorse Umane UO Programmazione e reclutamento del personale AUSL Toscana Sud-Est
Maria Ruggieri	Responsabile SS Medicina del lavoro ASL BI
Katia Rusconi	Responsabile programmazione SITRA ASST Lecco
Daniele Saglietti	Direttore SOC Psicologia A.S.L. CN2 Alba-Bra
Daniele Tovoli	Direttore Servizio Prevenzione e Protezione AUSL Bologna
Caterina Tozzi	Collaboratore professionale amministrativo SUMAP – Affari generali e istituzionali AOU Policlinico S.Orsola-Malpighi, Bologna
Federica Trotter	Collaboratore amministrativo Staff Direzione Generale APSS Trento
Maria Rosa Varallo	Responsabile SC Personale Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle

**Nel 2016 a condurre e stimolare l'attività dell'Osservatorio FIASO "Politiche del personale del SSN" sono stati un Comitato Strategico e un Comitato tecnico interaziendale formato dai vertici e da professionisti di alcune Aziende che qui la Federazione desidera profondamente ringraziare:**

- AORN Santobono Pausilipon - Dg Anna Maria Minicucci e Direttore sanitario Rodolfo Conenna, insieme alla Dott.ssa Antonietta Niro
- AUSL Bologna - Dg Chiara Gibertoni, insieme al Dott. Daniele Tovoli
- AUSL Piacenza (Azienda capofila) - Dg Luca Baldino, insieme al Dott. Mario Giacomazzi
- Irccs CRO Aviano - Dg Mario Tubertini e il Direttore amministrativo Renzo Alessi, insieme alla Dott.ssa Claudia Moscarda
- ASST Bergamo Est - Dg Francesco Locati e Direttore sanitario Roberto Cosentina
- ASST Ovest Milanese - Dg Massimo Lombardo, Direttore amministrativo Daniela Bianchi e Direttore sanitario Giuseppe De Filippis, insieme ai Dottori Sergio Castiglione e Andrea Colombo
- ASL CN 2 Alba-Bra - Dg Danilo Bono, insieme al Dott. Daniele Saglietti
- ASL VC - Dg Chiara Serpieri, insieme alla Dott.ssa Maria Lista
- AOU Senese - Dg Pierluigi Tosi (Vicepresidente FIASO, anche Responsabile dell'Osservatorio) e Direttore sanitario Silvia Briani, insieme alla Dott.ssa Nicoletta Minutella

Al supporto dell'Osservatorio hanno partecipato per FIASO il Dott. Giancarlo Sassoli, il Direttore Nicola Pinelli, Diana de Maffutiis e la ricercatrice Flavia Di Pasquale.

Da ultimo, FIASO è grata per il contributo scientifico e metodologico al Prof. Carlo De Pietro e al Dott. Marco Sartirana di CERGAS (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) dell'Università Commerciale L. Bocconi.



## Aziende partecipanti

Piemonte	Ex ASL TO1 ora ASL Città di Torino	Emilia-Romagna	AOU Arcispedale Sant'Anna di Ferrara
	ASL VC		IRCCS IOR – Bologna
	ASL BI		IRCCS IRST – Meldola
	ASL NO	Toscana	AUSL Toscana Sud-Est
	ASL VCO		AOU Senese
	ASL CN1		AOU Ospedale Careggi – Firenze
	ASL CN2 Alba-Bra		ESTAR – Toscana
	ASL AT	Lazio	ASL ROMA 2
	AOU Maggiore della Carità di Novara		AO Ospedale San Camillo Forlanini – Roma
	Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle – Cuneo		AOU Ospedale Sant'Andrea – Roma
Lombardia	ATS Bergamo		IRCCS IRE IFO ISG – Roma
	ATS Città Metropolitana di Milano		IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani – Roma
	ATS dell'Insubria		ARES 118 – Lazio
	Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo – Pavia	Campania	AORN Santobonopausilipon – Napoli
	ASST Spedali Civili Brescia		Basilicata
	ASST Cremona	ASM Matera	
	ASST Lecco	Sardegna	Ex ASL 5 Oristano ora ASSL Oristano
	ASST Papa Giovanni XXIII – Bergamo		
	ASST Bergamo Est		
	ASST Ovest Milanese		
ASST Rhodense			
PA Bolzano	ASDAA Bolzano		
PA Trento	APSS Trento		
Veneto	Ex ULSS 2 Feltre ora ULSS 1 Dolomiti		
	Ex ULSS 15 Alta Padovana ora ULSS 6 Euganea		
	AOU Integrata di Verona		
Friuli-Venezia Giulia	ASUTTS di Trieste		
	IRCCS CRO Aviano (PN)		
	IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo – Trieste		
Liguria	ASL 2 Savonese		
	ASL 4 Chiavarese		
Emilia-Romagna	AUSL Piacenza		
	AUSL Parma		
	AUSL Modena		
	AUSL Bologna		
	AO IRCCS Arcispedale S. M. Nuova di Reggio Emilia		
	AOU Policlinico Modena		
	AOU Policlinico S.Orsola-Malpighi - Bologna		

## Glossario acronimi

AO:	Azienda ospedaliera
AOU:	Azienda ospedaliero-universitaria
ASL:	Azienda sanitaria locale
DVR:	Documento di valutazione del rischio
EWTD:	European working time directive
IRCCS:	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
IWTRT:	Independent working time regulations taskforce
MC:	Medico competente
OSS:	Operatore socio-assistenziale
OTA:	Operatore tecnico-assistenziale
SC:	Struttura complessa
SITRA:	Servizio infermieristico tecnico-riabilitativo aziendale
SOC:	Struttura operativa complessa
SS:	Struttura semplice
SSN:	Servizio sanitario nazionale
SSR:	Servizio sanitario regionale
SUMAP:	Servizio unico metropolitano amministrativo del personale
UO:	Unità operativa
UOC:	Unità operativa complessa
UOS:	Unità operativa semplice

## Bibliografia

- Cappuccio FP, Bakewell A, Taggart FM, et al. (2009) Implementing a 48 h EWTD-compliant rota for junior doctors in the UK does not compromise patients' safety: assessor-blind pilot comparison. *QJM*;102:271–82
- Clarke, R. T., Pitcher, A., Lambert, T. W., & Goldacre, M. J. (2014). UK doctors' views on the implementation of the European Working Time Directive as applied to medical practice: a qualitative analysis. *BMJ Open*, 4(2), e004390.
- Collum J, Harrop J, Stokes M, et al. (2010) Patient safety and quality of care continue to improve in NHS North West following early implementation of the European Working Time Directive. *QJM*;103:929–40
- Deloitte (2010) Study to support an Impact Assessment on further action at European level regarding Directive 2003/88/EC and the evolution of working time organisation.
- European Commission (2010) *Detailed report on the implementation by Member States of Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of working time ('The Working Time Directive')* Commission staff Working Paper, Brussels.
- Independent Working Time Regulations Taskforce (2014) The implementation of the working time directive and its impact on the NHS and health professionals, London: The Royal College of Surgeons of England.
- Lambert, T. W., Smith, F., & Goldacre, M. J. (2016). The impact of the European Working Time Directive 10 years on: views of the UK medical graduates of 2002 surveyed in 2013–2014. *JRSM Open*, 7(3).
- McIntyre HF, Winfield S, Sen Te H, et al. (2010) Implementation of the European Working Time Directive in an NHS trust: impact on patient care and junior doctor welfare. *Clin Med*;10:134–7.
- Temple J. (2010) *Time for training. A review of the impact of the European Working Time Directive on the quality of training*. London: Medical Education England.



Corso Vittorio Emanuele II, 24

00186 Roma

Tel. 06.69924145

Fax 06.6780907

[info@fiaso.it](mailto:info@fiaso.it)

[www.fiaso.it](http://www.fiaso.it)