AUPInotizie

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

2018 n. 2

Auguri al nuovo governo

Priorità del sindacato: servizio sanitario, lavoro e giovani professionisti

Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - 70% - C/RM/DCB - Registraz. del Tribunale di Roma n. 551 del 28/12/2000
Direttore Responsabile: Mario Sellini • Redazione: Sede Centrale AUPI Via Arenula, 16 - tel. 06.6873819 - fax 06.68803822 • PO.LI.GRAF. S.R.L. - Pomezia

Notizie

SOMMARIO

1
Editoriale
Priorità del sindacato:
salute e gestione della cosa pubblica - M. Sellini

5
La vignetta di questo numero

6
Evento Aupi del 15 giugno 2018
“Costruire la bellezza”

7
Psicologia
in Abruzzo

8
La Regione Abruzzo accoglie
le proposte di Aupi

16
Psicologia ospedaliera

20
Psicologia ospedaliera e documento Fassid

27
Proposta stabilizzazioni

30
Stabilizzazioni Regione Toscana

34
Stabilizzazioni Emilia Romagna

38
Superamento del precariato
Regione Veneto

49
Tabella assunzioni 2017

51
Requisiti pensionistici

53
Ape volontaria

54
Cumulo contributivo

56
Sentenza consiglio di Stato

75
Recensioni - G. Cavadi

78
Segreteria, consiglio direttivo
componenti organi nazionali Aupi

82
Dipendenti/Aziende Sanitarie

83
Scheda adesione psicologi

84
Convenzionati aziende sanitarie

85
Form Aupi e Redazione Aupi Notizie

PRIORITÀ DEL SINDACATO: SALUTE E GESTIONE DELLA COSA PUBBLICA

Mario Sellini
Segretario Generale

Dal Programma di Governo Lega-Cinquestelle

20. SANITÀ

È prioritario preservare l'attuale modello di gestione del servizio sanitario a finanziamento prevalentemente pubblico e tutelare il principio universalistico su cui si fonda la legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tutelare il servizio sanitario nazionale significa salvaguardare lo stato di salute del Paese, garantire equità nell'accesso alle cure e uniformità dei livelli essenziali di assistenza.

In tale ottica si ritiene che siano e saranno utili diverse azioni di tipo strutturale, partendo da un intervento incisivo sulla dirigenza sanitaria, ovvero sui gestori della sanità, che dovranno essere adeguatamente e preventivamente formati per garantire la sostenibilità e la qualità del sistema salute e scelti secondo la competenza e il merito, non sulla base di logiche politiche o partitiche. Bisogna rescindere il rapporto dannoso e arcaico fra politica e sanità prevedendo nuovi e diversi criteri di nomina sia dei medesimi direttori generali, sia dei direttori sanitari e amministrativi, così anche dei dirigenti di strutture complesse.

È necessario garantire anche la trasparenza e la valutazione dell'operato dei direttori generali in termini di raggiungimento degli obiettivi di salute e di bilancio nella gestione delle aziende.

La sanità dovrà essere finanziata prevalentemente dal sistema fiscale e, dunque, dovrà essere ridotta al minimo la compartecipazione dei singoli cittadini.

È necessario recuperare integralmente tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza attraverso il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale, così da risolvere alcuni dei problemi strutturali.

Il recupero delle risorse avverrà grazie ad una efficace lotta agli sprechi e alle inefficienze, e grazie alla revisione della governance farmaceutica e sanitaria, all'attuazione della centralizzazione degli acquisti, all'informatizzazione e digitalizzazione del SSN, alla revisione delle procedure di convenzionamento e accreditamento, alla lotta alla corruzione e alla promozione della trasparenza.

È necessario realizzare l'informatizzazione del SSN con particolare riferimento al Fascicolo Sanitario Elettronico, alle ricette digitali, alla dematerializzazione dei referti e cartelle cliniche e alle prenotazioni e pagamenti online, così da consentire una reale trasparenza e un efficace controllo in termini di verifica immediata e pubblica dei risultati gestionali. È necessario, altresì, dare evidenza del rapporto esistente tra i rimborsi a carico del SSN e il risultato clinico in termini di efficacia e appropriatezza; avviare e implementare la telemedicina grazie a tutte le tecnologie innovative, in modo da ridurre gli spostamenti dei pazienti, abbattere i costi e garantire cure domiciliari di maggiore qualità.

Occorre garantire, implementare e integrare i servizi socio-sanitari, superando il modello "ospedalocentrico". La risposta assistenziale ospedaliera nella fase acuta della malattia deve essere garantita ed è nel contempo necessario sviluppare in maniera diffusa i servizi territoriali, con standard organizzativi e con costi di accesso ai servizi

omogenei e predefiniti, assicurando la presa in carico dell'utente, attraverso un suo specifico percorso socio-sanitario e attraverso più idonei servizi di prevenzione. È indispensabile l'implementazione di un coordinamento territoriale a livello di distretto sanitario, così da orientare e indirizzare gli utenti nei servizi territoriali e ospedalieri disponibili, favorendo la scelta appropriata del luogo di cura.

L'integrazione socio-sanitaria si realizza appieno quando è soddisfatto, in continuità, il bisogno di salute nella componente sanitaria e in quella di protezione sociale. L'integrazione socio-sanitaria comporta, anche in termini economici, il diverso coinvolgimento delle Regioni e dei Comuni, i cui strumenti di programmazione sono fondamentali per realizzare una co-progettazione efficace. Il ruolo dei Comuni non è mai stato valorizzato appieno, nonostante la ratio sottesa del coinvolgimento sia proprio quella di soddisfare i bisogni di assistenza del territorio e dei cittadini che lo abitano. È necessario garantire adeguate risorse economiche e strutturali ai servizi sociosanitari territoriali di prossimità e domiciliari, proprio potenziando anche il ruolo dei Comuni, in una logica di trasversalità che da un lato si occupa dei bisogni del singolo e dall'altro delle esigenze della comunità locale. Nell'ottica di garantire un efficace e capillare sostegno ai servizi territoriali dovrebbe essere rivisto anche il ruolo dei medici di medicina generale.

È improcrastinabile intervenire sui tempi di attesa ai Pronto soccorso, riducendo i tempi di accesso attraverso l'implementazione di strutture a bassa intensità di cura. Bisogna delineare percorsi di assistenza e di cura personalizzati e vicini al cittadino oltre che adeguatamente accessibili, riordinare il sistema di accesso alle prestazioni nell'ottica di ridurne i tempi di attesa, eliminare altresì ogni forma di spreco che derivi da una non appropriata organizzazione dei servizi e dell'assistenza e da una governance sanitaria non adeguata, da un mancato ammodernamento tecnologico e digitale del servizio sanitario nazionale. È necessario garantire che non vi sia alcuno squilibrio tra le prestazioni istituzionali e quelle erogate in regime di libera professione, soprattutto con riguardo ai tempi di attesa.

Il problema dei tempi di attesa è susseguente anche alla diffusa carenza di medici specialisti, infermieri e personale sanitario. È dunque indispensabile assumere il personale medico e sanitario necessario, anche per dare attuazione all'articolo 14 della legge n. 161/2014.

I posti per la formazione specialistica dei medici dovrebbero essere determinati dalle reali necessità assistenziali e tenendo conto anche dei pensionamenti, assicurando quindi un'armonizzazione tra posti nei corsi di laurea e posti nel corso di specializzazione. La realtà è che quest'armonizzazione non c'è e i posti per la formazione specialistica sono di fatto determinati da due fattori: la capacità delle scuole universitarie di accogliere medici in formazione e il finanziamento delle borse di studio da parte del MIUR. Dunque, se da un lato potrà essere necessario aumentare il numero dei laureati in medicina, anche rivedendo il numero chiuso, dall'altro sarà necessario aumentare le borse di studio per gli specializzandi. Bisogna consentire più diffusamente che il medico neolaureato abbia accesso nella struttura sanitaria per conseguire le abilità teoriche e tecnico-pratiche necessarie allo svolgimento della specializzazione medica prescelta (art. 22 del "Patto della salute" del 2014).

Deve essere affrontato il problema dell'invecchiamento della popolazione e dei susseguenti problemi correlati alla cronicità delle patologie e alla comorbilità. In tale ottica è necessario garantire la diffusione capillare di strutture socio-sanitarie e a bassa intensità di cura. Devono altresì essere implementate le strutture di sostegno alle patologie cronico-degenerative ed oncologiche e bisogna garantire risorse adeguate per l'assistenza, diretta e personalizzata, dei soggetti affetti da malattie rare e croniche.

Le prime vittime di un sistema sociale imperniato sull'utilitarismo e sul profitto, insieme ai disabili a qualsiasi titolo, diventano inevitabilmente gli anziani. È necessario rendere obbligatorio l'inserimento di una rappresentanza significativa dei pazienti (diretta o dei familiari) ai vertici gestionali delle strutture assistenziali dedicate all'età avanzata direttamente inserite nel SSN o per le strutture convenzionate. Solo il controllo diretto e capillare degli interessati può garantire il rispetto di quei parametri di civiltà del vivere, troppo spesso disattesi in strutture che frequentemente si configurano come atroci terminali di "esistenze non più funzionali al sistema", piuttosto che ambienti dove avviarsi serenamente e con dignità al naturale concludersi della propria vita.

Pur con l'obiettivo di tutelare la salute individuale e collettiva, garantendo le necessarie coperture vaccinali, va affrontata la tematica del giusto equilibrio tra il diritto all'istruzione e il diritto alla salute, tutelando i bambini in età

prescolare e scolare che potrebbero essere a rischio di esclusione sociale.

Una stagione politica è terminata; una nuova si è aperta.
Un sindacato, un'organizzazione di rappresentanza della categoria, ne deve, obbligatoriamente, tener conto. Non che il cambio di interlocutore politico/istituzionale, da solo, debba determinare cambiamenti delle linee strategiche.
La mission del sindacato, le finalità della rappresentanza restano indubbiamente le stesse. D'altro canto mal si presenta un sindacato o una rappresentanza di categoria che modifichi le proprie linee strategiche sulla base degli interlocutori che ha di fronte.
Peggio sarebbe se si facesse l'errore di considerare "amici" o "avversari" i propri interlocutori politici.
L'attività sindacale non ha amici o avversari. Il Sindacato ha, di fronte nei tavoli negoziali, solo ed unicamente "controparti".
Questa è l'essenza dell'essere organizzazione sindacale.
Certamente il cambio di interlocutori ci pone di fronte alla necessità di adeguare e modulare la nostra capacità ed i nostri strumenti di interlocuzione.
Nel corso della lunghissima storia sindacale dell'AUPI abbiamo vissuto tutte le stagioni della "politica". Dalla cd "Prima Repubblica" (Democrazia Cristiana, Comunisti, Socialisti, Repubblicani, Liberali ecc.), alla cd "Seconda Repubblica" Forza Italia, Lega, PDS-DS-PD ecc.) passando attraverso situazioni magmatiche che hanno coinvolto la prima e la seconda Repubblica, con la fine e la scomparsa dei Partiti nati nel '48 e che avevamo scritto la Costituzione Italiana, passando attraverso il PDL, nella sua composizione e scomposizione, fino ad arrivare alla nascita ed all'affermazione del M5S.
L'AUPI ha attraversato tutte queste stagioni mantenendo sempre la barra dritta, senza cedere alla tentazione di schierarsi a favore o contro qualcuno.
Non è questo il compito del sindacato.
Compito è invece quello di:

- mediare gli interessi degli iscritti e della Categoria rappresentata;
- far arrivare la voce dei legittimi interessi alla rappresentanza politica, istituzionale e datoriale.

Lo schema, pur nella difficoltà derivante da una coerente implementazione, è assolutamente semplice.
Un sano e doveroso realismo fa si che la nostra discussione interna debba, necessariamente, partire dai fatti. Le ideologie, le appartenenze e le visioni politiche sono importanti e ciascuno di noi le porta con sé. Ma è dai fatti/programmi che bisogna partire.
Per questo motivo e per consentire a tutti di partire dai fatti/programmi che l'incipit di questo editoriale riporta integralmente il capitolo "Sanità" del Programma di Governo "Lega-Cinquestelle".
E allora se è dai fatti/programmi che bisogna partire, il primissimo giudizio sul capitolo "sanità" non può che essere largamente positivo.
Come e chi può opporsi a: *"…recuperare integralmente tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza attraverso il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale…"?*
Da sola questa nota programmatica vale dai 3 ai 5 miliardi di euro da aggiungere al finanziamento del Servizio Sanitario a compensazione dei tagli effettuati che nel corso degli ultimissimi anni?
Chi e perché dovrebbe opporsi ad un finanziamento che metta in condizione le Regioni di dare concreta esigibilità al LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, i quali, senza risorse economiche rischierebbero di rimanere lettera morta?
Chi è che non vuole "cacciar via" la "politica" dalla gestione della Sanità, recuperando alla Politica il ruolo che le è proprio che è individuare e rispondere ai bisogni di salute dei cittadini?
Sono anni che le OO.SS. chiedono maggiori finanziamenti e una scelta dei gestori (Direttori Generali, Sanitari, Amministrativi) fondata sul merito e soggetti a verifiche serie.
Buona parte del capitolo Sanità del Programma di Governo sembra sovrapponibile ad una piattaforma sindacale. E noi come tale la valutiamo.
Possiamo o potremmo anche chiederci ma da dove verranno i finanziamenti? È una domanda legittima. Ma è una domanda che ci facciamo da oltre 10 anni ed alla quale abbiamo anche trovato risposte.
Abbiamo denunciato ripetutamente la pessima abitudine dei Ministri delle Finanze che si sono succeduti nell'ultimo decennio, di considerare la Sanità un "bancomat" dal quale, in caso di necessità, prelevare le risorse necessarie a coprire buchi e falle che si aprivano in altri campi (vedi sistema bancario).

Sia ben chiaro, però, che questo non è un endorsement. E non è neppure una scelta di campo o chissà cos'altro.
La nostra è una presa d'atto dei contenuti del capitolo Sanità del programma di governo. Semplicemente noi diciamo che il capitolo Sanità ci convince, consapevoli che si tratta di "programma" e…i programmi vanno attuati.
E di certo la tempistica per valutare il passaggio dal programma alla sua realizzazione è breve. E su questo non possiamo fare sconti.
Chi ha stilato il programma, e noi ci fermiamo a valutare solo il capitolo "Sanità", deve conoscere benissimo la situazione. Non ci possono essere scuse e giustificazioni.
Ma quali sono i tempi necessari per una primissima ma molto concreta valutazione?
È prassi consolidata che la luna di miele tra i governi neo eletti duri 100 giorni. Di converso la prassi vuole che i siano i provvedimenti governativi importanti nei primi 100 giorni.
Ovviamente noi non chiederemo conto utilizzando lo schema "tutto e subito". E l'eventuale luna di miele la possiamo dilatare fino a 120 giorni.
Perché 120 giorni di luna di miele e non 100?
Non per simpatia ma perché:

- è in ballo la stipula del Contratto Nazionale di Lavoro;
- a settembre il Governo dovrà presentare in Parlamento la legge di stabilità per il 2019.

Sono due scadenze che, per noi e per i cittadini tutti, dovranno dare contenuti al programma "Sanità".
La legge di stabilità 2019 è di fondamentale importanza perché dovrà contenere le risorse finanziarie per il rinnovo del Contratto di Lavoro per il triennio 2019-2020-2021. Ciò significa che da questa legge di stabilità noi avremmo l'indicazione chiara ed incontrovertibile di quale politica sanitaria il governo intende perseguire nel prossimo triennio.
A settembre, alla presentazione del disegno di legge contenente la legge di stabilità 2018, sapremo se i contenuti presenti nel capitolo "Sanità" del Programma di Governo, sono reali o scritti sulla sabbia. Se sono promesse elettorali e non programma di Governo.
Non vogliamo precostituire giudizi, anche se ciascuno di noi ha le proprie idee ed opinioni. Lasciamolo per un attimo da parte, tanto quest'attimo scadrà nel mese di settembre. Ed ovviamente non ci accontenteremo neppure di motivazioni che addossino all'Europa, il mancato rispetto degli impegni assunti.
L'Europa ed i suoi vincoli, sono una variabile già presente oggi e sono molto ben conosciuti da chi ha scritto i contenuti del capitolo "Sanità".
Un ultimissimo riferimento al Programma di Governo: la cd "quota 100" per andare in pensione. Tradotto chi ha 59 anni di età anagrafica e 41 anni, oppure 60 di età e 40 di contributi può andare in pensione, purché la somma di età anagrafica ed anzianità contributiva sia pari a 100.
Nulla da eccepire e ci mancherebbe, anche considerando che chi scrive (il sottoscritto) è già a "quota 106".
Ciò detto sorge un problema che chi ha avanzato questa proposta, credo conosca benissimo e sappia anche come risolverlo.
Il problema è che, dopo tanti anni di blocco, i lavoratori, pubblici e privati, che hanno già superato "quota 100" e che nei prossimi due/tre anni arriveranno a questa quota sono centinaia e centinaia di migliaia. Certamente siamo nell'ordine di qualche milione.
Per limitarci al nostro settore, la Sanità, "quota 100" provocherebbe una emorragia di personale con la paralisi, pressoché totale, dei servizi sanitari.
A ciò si può e si deve ovviare con una massiccia assunzione di personale che deve andare a sostituire i lavoratori che vanno in pensione. Ma c'è di più: l'assunzione di nuovo personale deve essere fatta prima che gli attuali lavoratori vadano in pensione se si vuole evitare la paralisi. Ma questo piano straordinario di assunzioni si scontra con: a) il parziale blocco delle assunzioni per cui si può procedere a nuove assunzioni solo parzialmente e solo su posti vacanti; b) le procedure concorsuali per assumere sono lunghissime e richiedono spesso un anno e più per essere completate.
Il combinato disposto che questi due problemi: posso bandire i concorsi DOPO che il lavoratore è andato in pensione ed ha liberato il posto e, dal momento del pensionamento mi servono almeno 12/24 mesi per completare il concorso, questo combinato disposto fa si che i posti restino scoperti per almeno 12/24 mesi.
E la Salute dei cittadini?
Auguri al nuovo governo. Nella speranza che sappia interpretare i reali bisogni della gente e che il cambiamento parta anche dal modo di trattare la sanità e la gestione della cosa pubblica.

MONTECITORIO
AVANTI IL PROSSIMO
SATHA!ra

AUPI
Associazione
Unitaria
Psicologi
Italiani

Form - AUPI
Società Scientifica
Associazione Unitaria Psicologi Italiani

COSTRUIRE LA BELLEZZA

Ossessioni estetiche negli adolescenti e ricorso precoce alla chirurgia

Venerdì, 15 giugno, ore 17.00
Sala Capranichetta,
piazza Montecitorio, 131 - Roma

L'aspetto fisico conta moltissimo nella società moderna. Sempre più ragazzi si sentono insoddisfatti dal loro corpo e chiedono di potersi migliorare, in presenza di difetti reali o solamente immaginari. L'influenza della tv, dei social network, del mondo delle riviste patinate che propongono modelli estetici basati sulla perfezione fisica, influiscono ancor più negativamente nel momento della formazione del sé, aumentando insicurezza e atteggiamenti patologici. Per raggiungere la tanto desiderata perfezione fisica sempre più giovani ricorrono alla chirurgia estetica e spesso sono i genitori a sostenere anche economicamente interventi di questo tipo. Chi ricorre al ritocchino in età adolescenziale dimentica che gli interventi estetici sono da considerarsi veri e propri interventi chirurgici, pertanto rischiosi. L'ossessione per l'estetica può influenzare anche i bambini, già proiettati in un mondo in cui al centro c'è sempre il bisogno di apparire. Per indagare sulle ragioni di questo fenomeno e per cercare di spiegare cosa accade nella mente di tanti giovani, a cosa si va incontro e quali sono i rischi fisici e psicologici, l'associazione unitaria psicologi italiani (Aupi) e la società scientifica Form Aupi, organizzano un dibattito sul tema. L'obiettivo è iniziare un percorso di conoscenza e accendere i riflettori su un fenomeno ancora poco conosciuto.

Intervengono:

Flavia Piccinni,
scrittrice, autrice del libro "*Bellissime*" – Baby miss, giovani modelli e aspiranti lolite

Leonardo Michele Ioppolo,
specialista in chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica FEBROPRAS

Mario Sellini,
segretario generale *Form Aupi*

Modera:

Margherita De Bac,
giornalista de *Il Corriere della Sera*

FASSID
Federazione Aipac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti

Area Ψ Aupi Segreteria Regionale Abruzzo

L'attività psicologica nelle ASL della regione Abruzzo ha vissuto, storicamente, una difficoltà organizzativa dovuta alle politiche regionali in materia sanitaria, che si sono sempre mostrate assai poco interessate alla funzione ed al ruolo della psicologia, intesa come offerta di servizi al cittadino, nonostante la costante crescita dei bisogni.

Questo atteggiamento ha avuto pesanti ripercussioni nel "comportamento gestionale" delle amministrazioni locali delle ASL, nel considerare e prendere in esame i bisogni della popolazione cui offrire i servizi.

Tutto il lavorio che l'Aupi regionale, che nei decenni ha faticosamente costruito e portato avanti per creare le fondamenta dei servizi di psicologia, riuscendo a farli inserire nei piani sanitari regionali (e rimasti sempre irrealizzati), è stato costantemente contrastato, tanto da far apparire la psicologia nella sanità abruzzese molto lontana dalle altre regioni, sia per quanto riguarda l'offerta dei servizi che per l'organizzazione. Queste carenze, in realtà, non riguardano solo la psicologia e gli psicologi, ma anche altri servizi e altre categorie professionali, tantoché l'area AUPI in FASSID ha cercato di incidere per intaccare queste forme di allontanamento e organizzazioni, in sinergia con l'intersindacale abruzzese, utilizzando più di una volta "lo stato di agitazione sindacale", cercando di arrivare ad una conciliazione anche ricorrendo all'interessamento della Prefettura, nel tentativo di stabilire la regola partecipativa per l'organizzazione dei servizi e riassumere un ruolo democratico per il sindacato. Sono stati così raggiunti buoni risultati, anche se non omogeneamente in tutta la Regione. In particolare:

- nella azienda sanitaria di Chieti, in lavoro è stato ottimo: non è stato necessario intervenire in maniera drastica ma attraverso una buona comunicazione con la direzione sanitaria, è stato previsto un servizio territoriale di psicologia;
- nella ASL aquilana, dove era stato già introdotto un servizio di psicologia per adolescenti,
- il servizio di psicologia dovrebbe finalmente essere strutturato a livello più generale;
- a Pescara, purtroppo, non si riesce ad aprire un dialogo e non si riesce ad ottenere niente;
- a Teramo, invece, erano stati previsti servizi nel dipartimento di salute mentale, a cui avrebbero dovuto afferire tutti gli psicologi, compresi quelli consultoriali, ma la ASL ha dovuto rivedere l'atto aziendale, per effetto del nostro operato, sia attraverso la Prefettura che attraverso la Regione, e sono state rideterminate le deliberazioni portando nel territorio i servizi di psicologia a livello Dipartimentale. Ovviamente è tutto ancora da seguire per arrivare all'iter finale, ma la delibera l'abbiamo già incassata. Viene prodotto uno stralcio dell'atto aziendale: "il prima" e "il dopo".

IL SEGRETARIO REGIONALE AUPI ABRUZZO

Dott. Natalio Flarà

La Regione Abruzzo accoglie le proposte di Aupi

PROPONE
per le motivazione espresse in narrativa e che si intendono riportate nel presente dispositivo

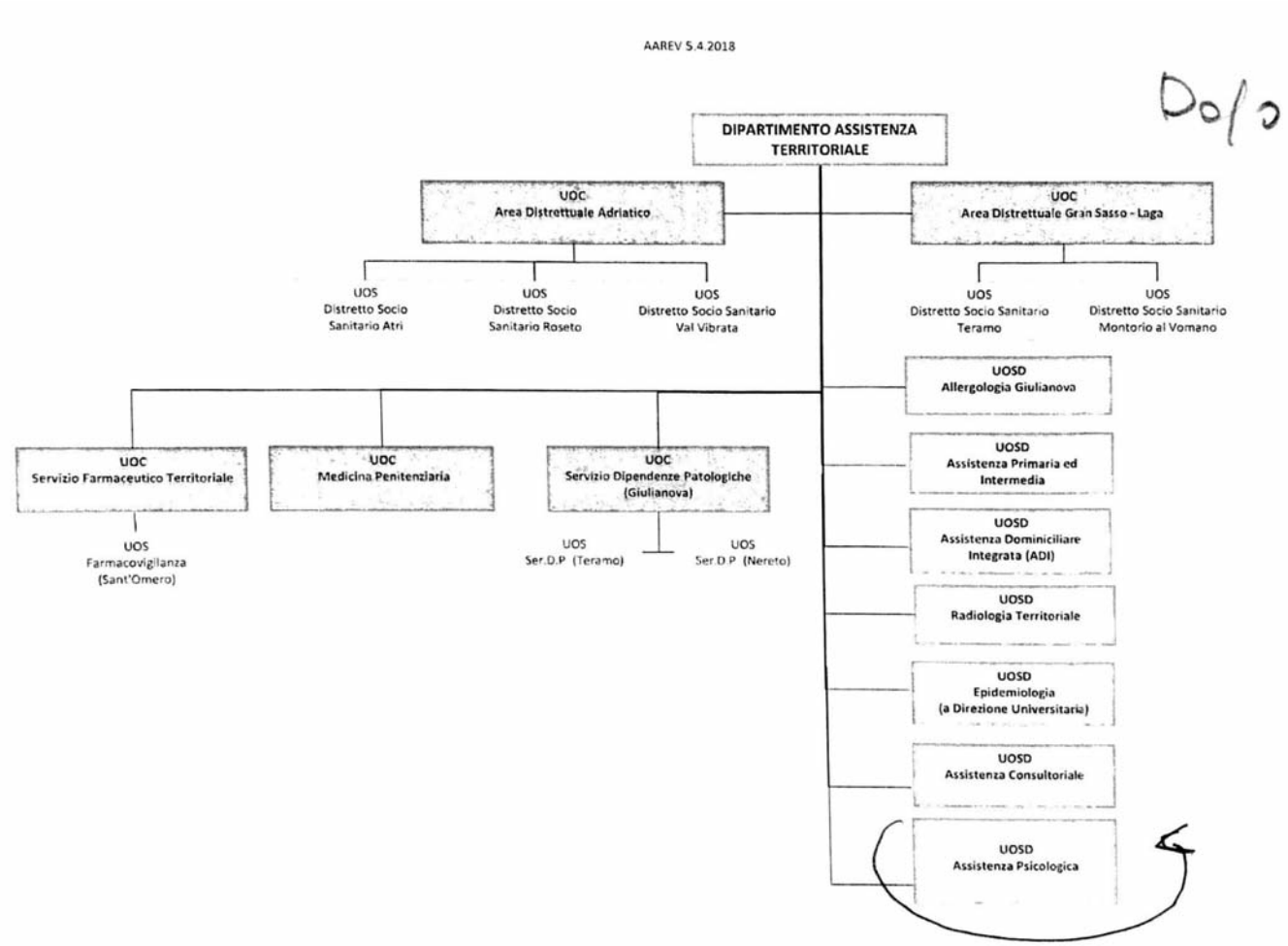
1) **DI PRENDERE ATTO** dei rilievi formulati dalla GRA con deliberazione n.50 del 02/02/2018.
2) **DI DARE ATTO** che si è provveduto:
   - a conformare l'indice dell'Atto Aziendale allo schema previsto dalle linee guida;
   - a rendere aderente alla programmazione regionale la composizione del Collegio di Direzione;
   - a prevedere nella parte narrativa dell'Atto Aziendale: la "Commissione Aziendale Politiche del Farmaco" ed il "Comitato Consultivo Misto"; (cfr. paragrafi 2.15 e 2.16);
   - a sostituire con Direttore dell'Area Distrettuale i riferimenti al "Direttore di Distretto";
   - ad inserire nel Dipartimento Assistenza Territoriale, a completamento delle attività programmate dalle Linee Guida in relazione all'Area Distrettuale: la UOSD "Assistenza Psicologica"; la UOSD "Assistenza Consultoriale" e la "UOSD Assistenza Primaria ed Intermedia";
   - a precisare che eventuali ed ulteriori modifiche all'Atto Aziendale dovranno essere assoggettate al medesimo iter procedurale previsto dalle Linee Guida per l'approvazione;
   - ad inserire la previsione che l'attività del Coordinatore Socio Sanitario sarà supportata dal personale CP Assistente Sociale e Dirigente Sociologo;
   - a sostituire la UOS "Fisiopatologia della Riproduzione e procreazione medicalmente assistita 1^ liv. Atri" con la UOS "Diagnostica dell'infertilità e fisiopatologia della Riproduzione ATRI";
   - ad espungere la UOS "Endoscopia Chirurgica S.Omero";
   - a prevedere quale UOSD la "Ecoendoscopia ATRI";
   - a rettificare l'elenco delle strutture aziendale ospedaliere e territoriali come richiesto al punto 5. del dispositivo della deliberazione GRA n.50/2018;

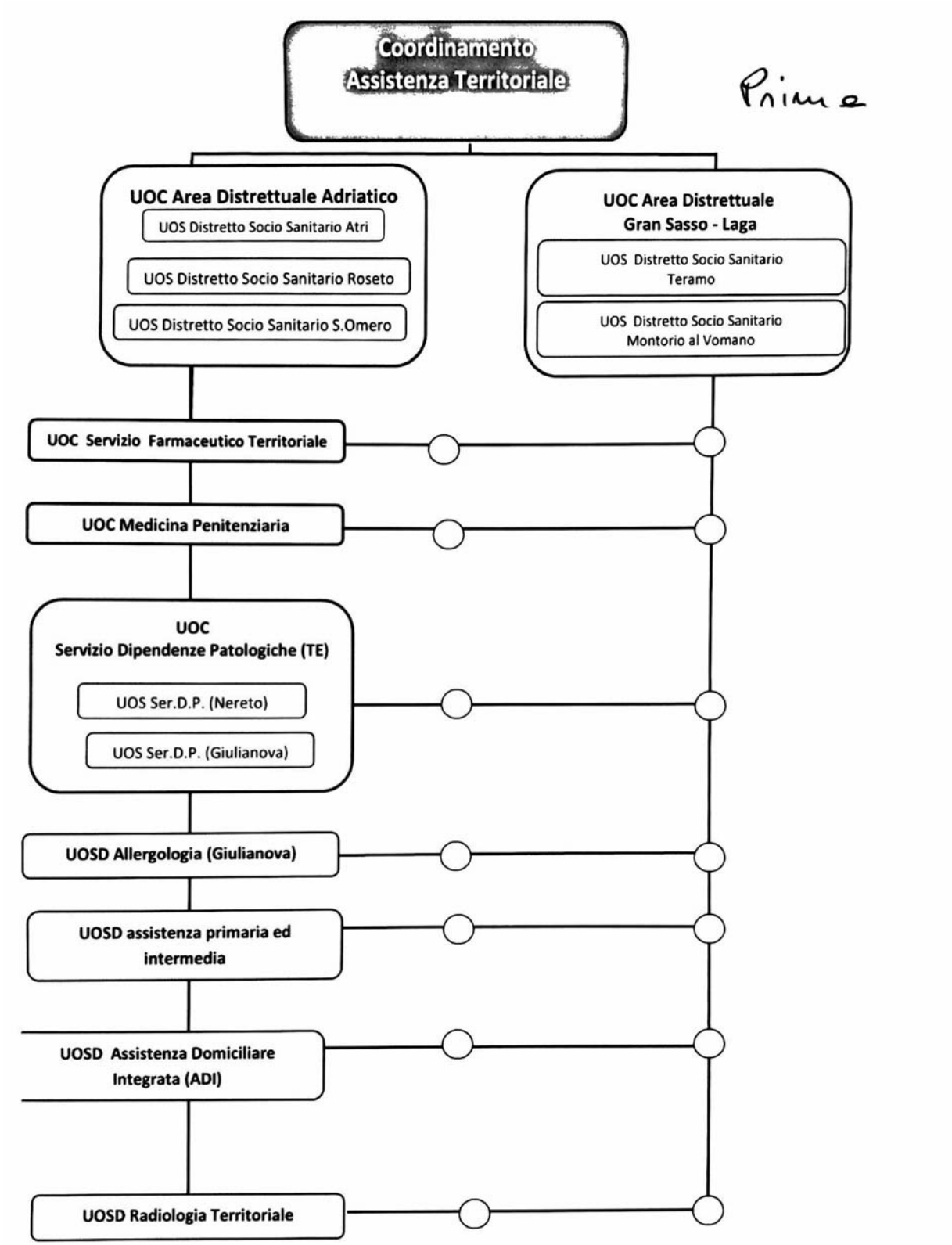
AArev:04/18

P. 9

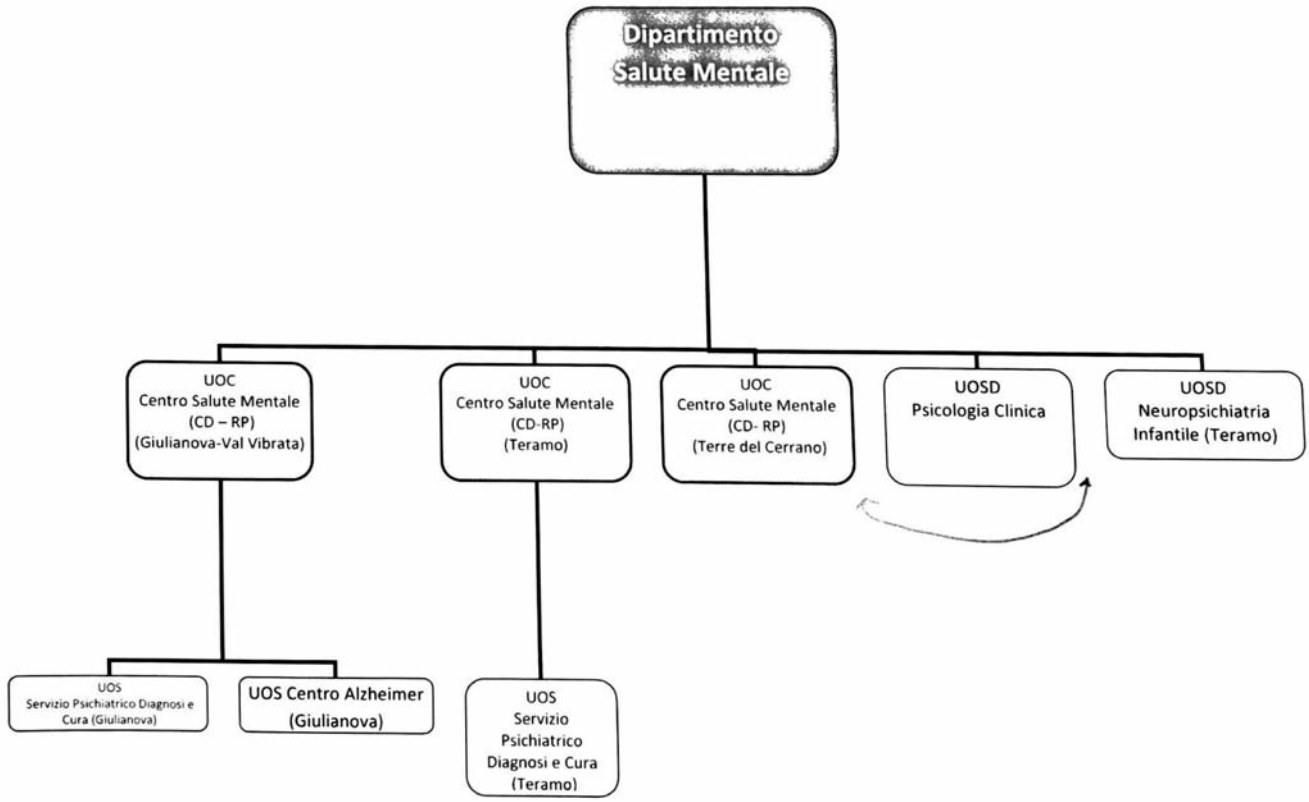
3.2.1 Il Dipartimento di Assistenza Sanitaria Territoriale

E' istituito al fine di governare i processi organizzativi e gestionali del territorio avvalendosi: dei Direttori delle aree distrettuali e relative UU.OO. primaria, assistenza intermedia ed assistenza consultoriale, psicologia aziendale, di integrazione ospedale-territorio, della disabilità, delle dipendenze patologiche, delle cure palliative e della medicina penitenziaria e per il coordinamento delle aree distrettuali.


AAREV 5.4.2018
DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE
UOC Area Distrettuale Adriatico
UOC Area Distrettuale Gran Sasso - Laga
UOS Distretto Socio Sanitario Atri
UOS Distretto Socio Sanitario Roseto
UOS Distretto Socio Sanitario Val Vibrata
UOS Distretto Socio Sanitario Teramo
UOS Distretto Socio Sanitario Montorio al Vomano
UOSD Allergologia Giulianova
UOC Servizio Farmaceutico Territoriale
UOC Medicina Penitenziaria
UOC Servizio Dipendenze Patologiche (Giulianova)
UOS Farmacovigilanza (Sant'Omero)
UOS Ser.D.P (Teramo)
UOS Ser.D.P (Nereto)
UOSD Assistenza Primaria ed Intermedia
UOSD Assistenza Dominiciliare Integrata (ADI)
UOSD Radiologia Territoriale
UOSD Epidemiologia (a Direzione Universitaria)
UOSD Assistenza Consultoriale
UOSD Assistenza Psicologica

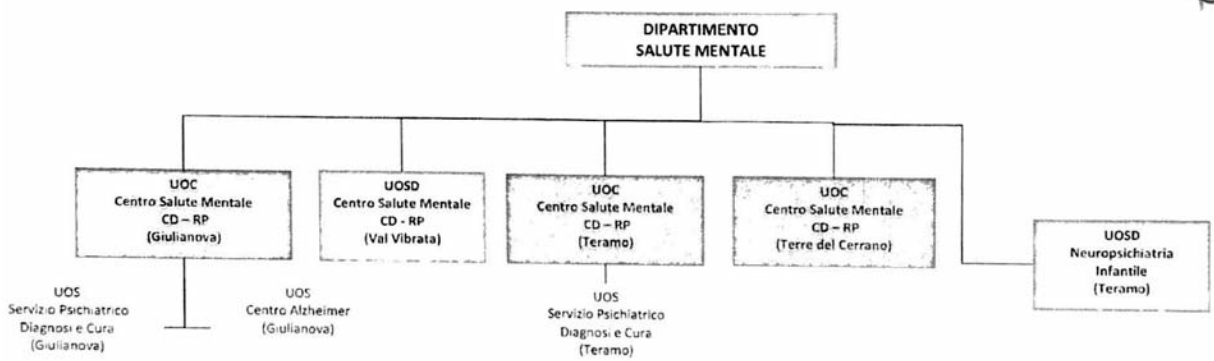

Coordinamento
Assistenza Territoriale
Prima
UOC Area Distrettuale Adriatico
UOS Distretto Socio Sanitario Atri
UOS Distretto Socio Sanitario Roseto
UOS Distretto Socio Sanitario S.Omero
UOC Area Distrettuale
Gran Sasso - Laga
UOS Distretto Socio Sanitario
Teramo
UOS Distretto Socio Sanitario
Montorio al Vomano
UOC Servizio Farmaceutico Territoriale
UOC Medicina Penitenziaria
UOC
Servizio Dipendenze Patologiche (TE)
UOS Ser.D.P. (Nereto)
UOS Ser.D.P. (Giulianova)
UOSD Allergologia (Giulianova)
UOSD assistenza primaria ed
intermedia
UOSD Assistenza Domiciliare
Integrata (ADI)
UOSD Radiologia Territoriale

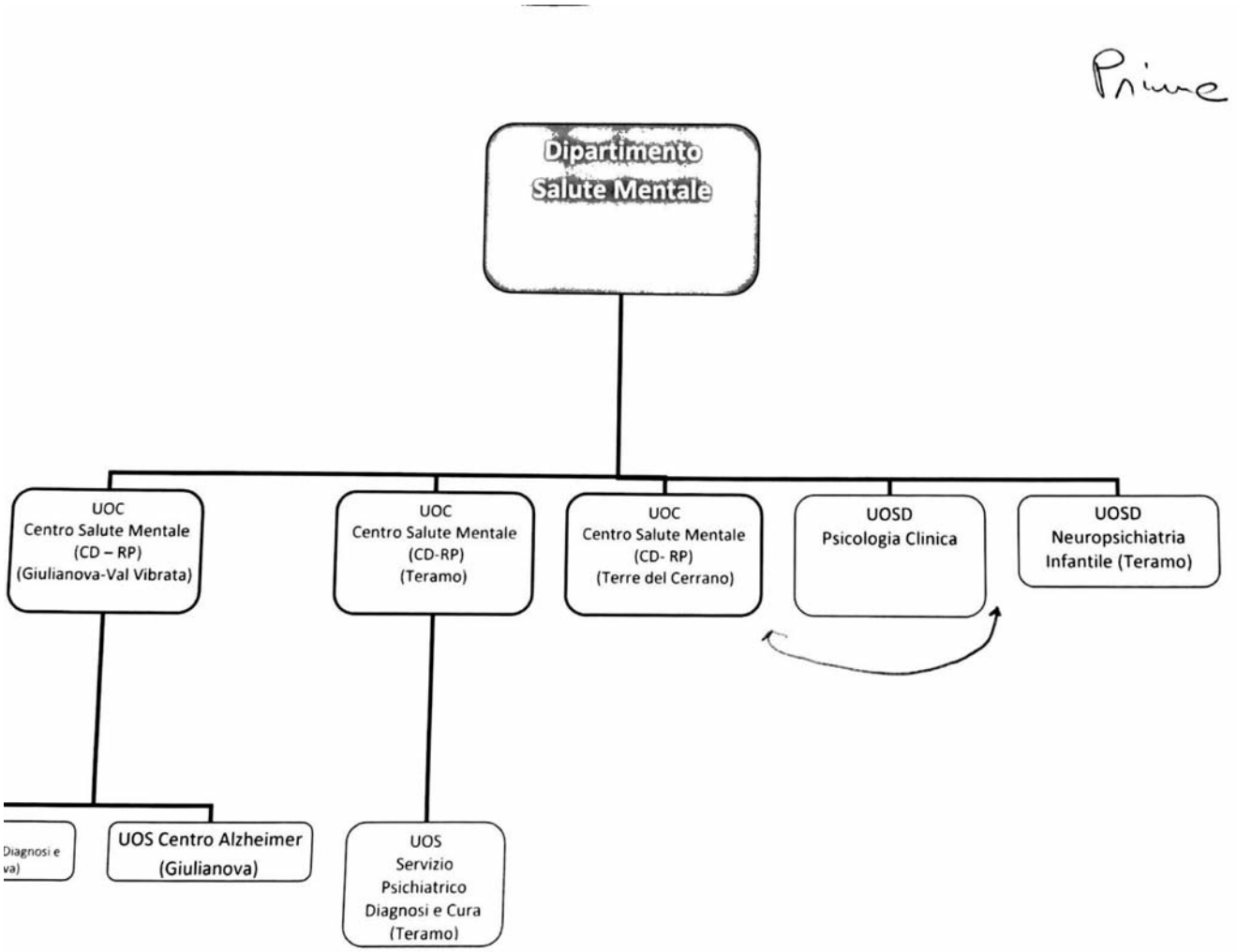
Prima



AAREV 5.4.2018

Dopo




Prima
Dipartimento Salute Mentale
UOC Centro Salute Mentale (CD – RP) (Giulianova-Val Vibrata)
UOC Centro Salute Mentale (CD-RP) (Teramo)
UOC Centro Salute Mentale (CD- RP) (Terre del Cerrano)
UOSD Psicologia Clinica
UOSD Neuropsichiatria Infantile (Teramo)
Diagnosi e
va)
UOS Centro Alzheimer (Giulianova)
UOS Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (Teramo)

FASSID

Federazione Apa Aupi Snpi Snamo Snr Fargent

Area Ψ Aupi Segreteria Regionale Abruzzo

Il principio fondante che istituisce la legge il servizio di assistenza alla famiglia (L.405/75) dei Consultori familiari inizia proprio alla prima definizione della norma che deve essere uguale per tutti a partire dalla stessa genesi, al fine di istituire una rete univoca per tutta la regione e la sanità abruzzese. Tutte le asl devono avere un servizio consultoriale appartenente al territorio o comunque ad uno stesso dipartimento.

"Il servizio di assistenza alla famiglia ed alla maternità, al singolo ed alla coppia, persegue le seguenti finalità:

a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabili e per i problemi della coppia e della famiglia anche in ordine alla problematica minorile".

Tali finalità devono essere uguali per tutto il territorio della regione. L' appartenenza a una serie di servizi diversi che hanno finalità su altre direzioni, portano a frammentazioni che impediscono una buona offerta di servizi.

"b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile, nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;

c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;

d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire le gravidanze consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso per il conseguimento di una equilibrata vita sessuale sia dal punto di vista sanitario che psicologico;

e) la diffusione delle conoscenze scientifiche in merito all'igiene della gravidanza e alla fisiologia del parto, alle malattie ereditarie, familiari e congenite;

f) la promozione di indagini, di incontri, di dibattiti con gli utenti del servizio di cui alla presente legge e ogni altra iniziativa volta alla conoscenza e alla divulgazione delle finalità e delle prestazioni del servizio;

g) la collaborazione tra i servizi consultoriali e le altre strutture sanitarie al fine di assicurare la continuità e la integrazione dei vari momenti assistenziali".

Da questo dettato è chiaro che i servizi di assistenza alla famiglia debbano appartenere ad una rete unica, questa deve essere una priorità rispettata da tutte le Asl.

Non esistono motivazioni che possano giustificare appartenenza a diversi servizi. Esse appaiono tutte come strumentali. Nella asl di Teramo, ad esempio, si è assistito ad spostamenti di consultori dal territorio al marterno infantile, quando da anni mancano sia psicologi che ginecologi in consultori importanti. Tutto questo, ha portato ad un aumento della mobilità passiva verso le Marche. Ad oggi non è chiara la scelta di di cambiare struttura di cambiare appartenenza dipartimentale e del perché le altre Asl non l'abbiano fatto.

Dott. Natalio Flarà

Segretario Regionale

AUPI ABRUZZO

FASSID

Federazione Aipac Aupi Sinpsi Sinsab Snr Dirigenti

Area Ψ Aupi Segreteria Regionale Abruzzo

La regione Abruzzo, tramite l'assessorato alla sanità, ha emanato le linee guida che dovevano essere il punto di raccordo per la stesura degli atti aziendali delle ASL abruzzesi. La realtà regionale di riferimento e il relativo contesto necessitano di una uniformità di interventi che suggeriscano la previsione di un'azienda sanitaria unica. Il non rispetto delle linee guida e l'agire in stretta autonomia da parte delle Asl della Regione Abruzzo, lascia spazio ad interpretazioni che fanno venir meno l'importante e necessario ruolo di guida della Regione, dove la mancanza di uniformità crea solo disgregazioni, dispendio di energia e di risorse economiche. Per esempio, la mobilità passiva non si risolve cambiando destinazione di servizi, ma offrendo prestazioni con personale sufficiente.

Gli psicologi della sanità pubblica abruzzese sono sempre meno tra pensionamenti, trasferimenti, concorsi mancati e non voluti, per cui sta venendo a mancare quel necessario supporto utile ai cittadini che ne dovrebbero usufruire, soprattutto quelli essenziali ribaditi chiaramente dai nuovi LEA. La regola che ormai passa per la vita socio economica e anche sanitaria del nostro paese è "non ci sono soldi"! Ma se i livelli essenziali di assistenza sono finanziati dallo Stato, da chi dovrebbero essere erogati, se non dalle regioni attraverso le Asl? Ciò è di fondamentale importanza per garantire quel patto sancito tra lo Stato e il cittadino, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale. L'attività psicologica, anch'essa sancita dalla legge 56/89, garantisce la professione esclusiva e con essa, il diritto per il cittadino di poterne usufruire, ma nella realtà questo non avviene. Le ASL abruzzesi da troppi anni erogano le attività psicologiche non in maniera strutturata, cioè fatta di obiettivi, organizzazione, prevenzione, progettazione, verifica dei risultati, bensì attraverso forme di precariato come borse di studio, forme estemporanee di progetti o addirittura con il volontariato... L'idea di continuare con questa linea, che in realtà non garantisce interventi professionali in quanto non strutturati, danneggia la professione di psicologo, in quanto ne distorce l'immagine, ma soprattutto non produce risultati a livello di prevenzione e salute nell'area psicologica.

I piani sanitari regionali, compreso quello vigente, hanno sempre dato chiare indicazioni sulla strutturazione dei servizi di psicologia, ma sono stati elusi, come sta accadendo con le linee guida per la stesura degli atti aziendali. In tale ambito, non vengono previste unità operative territoriali (come indicato dalle linee guida regionali); Teramo prevede una unità semplice di psicologia clinica nel Dipartimento di salute mentale, connotandola esclusivamente nell'area psichiatrica,

nonostante la salute mentale faccia parte anche di un territorio ben definito che non riguarda tutte le attività di psicologia di diversa natura (ser.t, consultori, ecc). Nelle altre Asl le attività psicologiche sono state inserite altrove o addirittura da nessuna parte.

Questo modo di interpretare l'azione dei servizi presso la cittadinanza non appare nella direzione indicata dagli organi di indirizzo. Non produce assolutamente risparmio, piuttosto crea un forte aumento di spese, perché la gran parte della popolazione che ha bisogno di assistenza psicologica (giustamente) non gradisce di recarsi presso un servizio psichiatrico di salute mentale per usufruire di un servizio psicologico.

La popolazione generale ben conosce l'orientamento di un servizio di psicologia e dove è connotato. La massa di esigenze popolari a livello prestazionale (problematiche relazionali di coppia, di famiglia, genitoriali, figli, adozioni, malattie croniche ecc.) appartiene ad altre realtà di cui esiste uno storico di produttività molto complesso e molto diverso da quello della salute mentale.

Pertanto è necessario che i direttori generali prendano atto di quanto richiesto dall'intersindacale sanitaria abruzzese nella nota protocollo 38/2017/Isa dell'11 settembre, nella parte che riguarda la previsione in tutte le AA.UU.SS.LL. di istituire l'assistenza psicologica come previsto "ANCHE" dalla Legge n°405 del 1975 e la Legge Regionale n° 21 del 1989 (vedi anche piano sanitario regionale vigente). L'organizzazione attraverso una S.O.C. (Struttura Organizzativa Complessa di Psicologia) per ogni ASL, strutturata in due UOSD, (una a valenza territoriale e una a valenza ospedaliera) ha autonomia gestionale e tecnico-operativa. Inoltre, tale organizzazione deve essere soggetta a rendicontazione analitica, per la programmazione e organizzazione delle prestazioni professionali in ambito inter ed intra aziendale, in integrazione ai vari Servizi e Dipartimenti che necessitano di attività psicologico-clinica di prevenzione, diagnosi, abilitazione, riabilitazione, compresa la formazione del personale (il vigente Piano Sanitario prevede già la strutturazione dei Servizi di Psicologia, con una domanda di assistenza psicologica in costante crescita (D.Lgs. n.229/99, art.3, comma 1 bis). Inoltre, per le prestazioni ci sono le indicazioni dei L.E.A. nazionali, come previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017.

Dott. Natalio Flarà

Segretario Regionale

AUPI ABRUZZO

FISSP
FEDERAZIONE DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DI PSICOLOGIA
AIPCP
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA
SIPLES
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA DELLE LESIONI SPINALI
SIPNEI
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA
SIPSA
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA DELLA SALUTE
SIPSOT
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI
PSISA
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA SANITARIA ED OSPEDALIERA

GRUPPO PSICOLOGIA OSPEDALIERA AUPI

Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera

Italian Statement on Hospital Psychology

Marzo 2013

Premessa

Le trasformazioni dei processi di cura e delle esigenze assistenziali in ambito ospedaliero, scaturite dal progresso scientifico e tecnologico e da una utenza più acculturata ed attenta, hanno comportato la crescente emersione di problematiche ed esigenze attinenti alla sfera della soggettività, delle relazioni, dei comportamenti, della comunicazione, della gestione dello stress, riferibili ai pazienti ed ai loro familiari, così come agli operatori ed alle strutture.

Come risposta a queste tematiche emergenti, che sono state spesso contrassegnate come "umanizzazione" e "personalizzazione" delle cure ospedaliere, si sono registrati significativi incrementi nel campo della ricerca, delle pratiche assistenziali, della formazione, e parallelamente una specifica attenzione da parte delle politiche sanitarie. Questa significativa mole di attività, che ha visto una collaborazione a livello internazionale tra Psicologia e Medicina, ha portato alla evidenziazione dei vantaggi clinici, assistenziali ed economici di una presenza mirata dello Psicologo in Ospedale.

In relazione a ciò si è sviluppato un ambito disciplinare-applicativo – la Psicologia Ospedaliera – come sinergia tra discipline (psicologia clinica, della salute, del lavoro e delle organizzazioni, neuropsicologia) e specifiche esigenze dei contesti ospedalieri.

Le evidenze

La ricerca, gli studi epidemiologici e di economia sanitaria evidenziano quanto segue:

- Una elevata percentuale (tra il 30 ed il 46%) di persone con patologie fisiche ha problemi di tipo psicologico (depressione, ansia, stress) che comportano ricadute negative sulla risposta e aderenza alle cure, nel fronteggiamento della malattia, nel decorso, nei costi[i]. La presenza di un problema psicologico – indipendentemente dalla gravità della patologia - aumenta i costi, a seconda dei casi, tra 33% e il 169%, come dimostra una indagine sui dati di 9 milioni di cittadini USA[ii].

Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera

- Il fattore psicologico interagisce per vie neuro-endocrine-immunitarie e comportamentali con il problema fisico, esacerbandolo, e con la sua gestione, che diviene meno efficace e funzionale. Un esempio è nella guarigione delle ferite chirurgiche che aumenta del 40% in condizioni di stress psicologico.[iii]
- Di converso, interventi psicologici anche brevi nei bambini e negli adulti, che riducono stress, ansia e depressione, sono in grado di migliorare non solo il vissuto della persona ma l'efficacia delle cure e il decorso della malattia[iv], di accelerare la guarigione delle ferite[v], di accorciare la degenza ospedaliera[vi].
- Queste problematiche psicologiche trovano negli psicofarmaci da soli una risposta spesso inappropriata o inefficace, in molti casi dannosa. Perché molti di questi aspetti richiedono non la soppressione di un sintomo ma l'*empowerment* dell'utente e lo sviluppo di nuove risorse, per gli effetti di interazione e collaterali del farmaco, per dimostrata maggiore durata degli effetti degli interventi psicologici, che per questo mostrano un migliore rapporto costi-benefici[vii].
- Analoghe evidenze esistono in relazione all'incidenza dei fattori psicologi sul personale ospedaliero, sul burn-out, sullo stress lavoro-correlato, sui climi organizzativi, nella relazione medico-infermiere-utente, sull'umanizzazione dell'ospedale. Anche in questo caso esistono interventi psicologici di valutazione e *management* efficaci, gestibili su scala vasta e vantaggiosi economicamente.

Per questi motivi vi è stato un progressivo inserimento degli aspetti ed interventi psicologici nell'ambito delle Linee-Guida delle principali patologie trattate in ospedale (es. Malattie oncologiche, Malattie cardiovascolari, Stroke e cerebrovascolari, Gravi traumatismi, Malattie pediatriche, Problematiche neonatologiche, Chirurgia Bariatrica, HIV, malattie genetiche e rare, Riabilitazione, Dolore, ecc).

Le attività

Le attività di Psicologia Ospedaliera, previste parzialmente da una serie di norme vigenti (es. Unità Spinali, legge sui Trapianti, legge sulle Emergenze, legge e regolamenti sul Dolore, Violenza alle Donne, ecc.), riguardano prevalentemente[viii]:

a) L'ambito clinico-assistenziale (rivolto agli utenti adulti o bambini e loro familiari integrando la presenza dello psicologo – con funzioni di valutazione, intervento e/o supporto al personale - nei percorsi diagnostico-terapeutici per pazienti in particolari condizioni critiche acute e croniche, dovute alla patologia o ai processi di diagnosi e cura ospedalieri ad elevato impatto. Rientrano in questo ambito gli utenti il cui disagio, stress o disturbi psicologici comportano una ricaduta negativa significativa negli *outcome* assistenziali e nei costi umani, sanitari e sociali. Attività di *empowerment* degli utenti portatori di peculiari situazioni di fragilità, vulnerabilità o cronicità, per una migliore autogestione post-ricovero..
b) L'ambito formativo: rivolto agli operatori sulle tematiche proprie dell'ambito applicativo come emergenza-urgenza, area medica e chirurgica ad elevata complessità, per promuovere l'appropriatezza nella personalizzazione delle cure, relazionale e comunicativa, la capacità di integrazione e lavoro in team, la gestione dei conflitti.
c) L'ambito organizzativo (finalizzato ad individuare modalità più efficaci di comunicazione istituzionale ed interpersonale, di gestione del rischio, dei carichi di lavoro, del turn-over, dello stress lavoro-correlato; del miglioramento del lavoro d'équipe e della soddisfazione degli utenti.). Adozione di linee guida condivise e promozione del benessere organizzativo. Collaborazione ai processi di "umanizzazione" ospedaliera, Ospedali senza Dolore, di promozione della salute secondo la logica dell'OMS "Ospedali promotori di Salute"

Documento di Consenso Italiano sulla Psicologia Ospedaliera

Rientrano nelle voci precedenti attività come: uso di strumenti psicodiagnostici e di valutazione validati per misurare i disturbi psichici, i livelli di adattamento e funzionamento, i danni cerebrali e altre condizioni clinicamente rilevanti; screening sulla rilevanza dei fattori psicologici e la necessità di interventi conseguenti; interventi graduati per intensità e strumenti utilizzati (counseling, stress management, terapie brevi, gruppi, materiale cartaceo, sonoro, video, programmi computerizzati, ecc.); consulenza sui sovrautilizzatori dei servizi ospedalieri; supporto allo staff medico ed infermieristico.

Le attività di Psicologia Ospedaliera vengono condotte in una ottica di rete sia all'interno dei servizi e strutture ospedaliere sia con i servizi territoriali e contribuiscono alla continuità assistenziale ed alle dimissioni protette.

La situazione italiana

In Italia, a partire da alcune storiche e circoscritte esperienze si è consolidata una prima leva di Psicologi ospedalieri: nel 2003[ix], sono stati censiti 942 Psicologi specialisti operavanti esclusivamente o parzialmente in ambito ospedaliero, nel 2012[x] risulta che il 10% degli Psicologi strutturati nel SSN lavorano nelle aziende ospedaliere o prevalentemente in ospedale. A ciò si aggiungono moltissimi professionisti remunerati in varie forme (borsisti, assegnisti di ricerca, ecc.), nonché tirocinanti e specializzandi. Questi ultimi ed i volontari operano, spesso per lunghi periodi, senza alcun compenso economico, facendosi carico di una quota significativa di attività, senza adeguati riconoscimenti.

La Psicologia Ospedaliera è presente in tutte le Regioni italiane, in molte (Abruzzo, Alto Adige, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino, Umbria, Valle d'Aosta) vi sono normative e/o indicazioni programmatiche specifiche. In alcune realtà esistono LEA regionali dedicati.[xi]

Tale programmazione risulta indispensabile per avere una razionalizzazione delle risorse psicologiche e la loro corretta utilizzazione all'interno dei processi e della rete assistenziale ed organizzativa, per una risposta più omogenea sul territorio regionale e nazionale, ma anche in relazione alla comprovata maggiore efficacia-efficienza nell'avere gli Psicologi organizzati in modo da ottimizzare l'utilizzazione degli operatori in relazione alle priorità regionali ed aziendali.

In assenza di una adeguata programmazione in materia si assiste ad un reclutamento ed inserimento episodico e frammentato di psicologi nei singoli reparti ospedalieri non al servizio dell'azienda nel suo complesso ma delle singole discipline mediche, una risposta spontaneistica e crescente a bisogni reali, che tuttavia non risponde ad un uso razionale delle risorse e delle competenze.

Nei contesti ospedalieri non sono solo le specialità mediche che chiedono, in maniera crescente, di poter utilizzare le competenze psicologiche, ma gli utenti ed i caregivers esprimono una domanda sempre più consapevole e diffusa. Secondo le associazioni dei malati l'assenza di assistenza psicologica in ospedale è una delle maggiori criticità rilevate dai malati[xii].

Le forme organizzative

Le modalità organizzative della Psicologia Ospedaliera devono rispondere ad un obiettivo generale di ottimizzazione delle risorse e di rapporto costi-benefici.
Tale obiettivo comporta – in base alle valutazioni disponibili ed alle esperienze effettuate – due principali conseguenze:

a) La necessità di definire degli standard adeguati a livello nazionale e regionale, una governance a livello regionale (progetti, tavoli tecnici e di coordinamento, sistemi informativi), la definizione e condivisione di modelli operativi e percorsi diagnostico-terapeutici.
b) La necessità di "tenere insieme" nelle forme possibili le professionalità psicologiche che operano in ambito ospedaliero, al fine di assicurare ad ogni livello una adeguata gestione delle risorse professionali in relazione alla programmazione ed alle priorità regionali e aziendali ed il loro raccordo con i servizi territoriali.

E' fondamentale disporre di "cabine di regia" regionali e locali in grado di ottimizzare l'uso delle risorse in relazione alle necessità del Sistema.

Nel declinare le modalità organizzative è necessario tener conto contestualmente e di integrare almeno i seguenti criteri:

- Istituzionale: la necessità di prevedere strutture complesse autonome di psicologia ospedaliera negli ospedali con autonomia istituzionale e/o di II livello (azienda, azienda universitaria, IRCSS, ospedali di II livello). Di prevedere attività di psicologia nei contesti ospedalieri di ASL (di I livello e di comunità) con definite modalità organizzative e di coordinamento (strutture semplici dipartimentali o SS) anche mediante forme a rete con altri servizi psicologici ospedalieri e/o territoriali
- Di ambito: riconoscere la peculiarità delle attività psicologiche svolte in ambito ospedaliero in relazione agli specifici bisogni e realtà assistenziali di questo contesto.
- Di competenza professionale: la necessità di riconoscere le peculiari competenze specialistiche degli psicologi ospedalieri e, nel contempo, di mettere al servizio del Sistema le competenze nel campo degli aspetti psico-comportamentali della malattia fisica, mediante forme di consulenza ai servizi territoriali e alle cure primarie

Conclusione

La Psicologia Ospedaliera è una risorsa etica e di efficacia, può contribuire in modo significativo a fare dell'ospedale un luogo più umano e a misura di persona, ad aumentare l'appropriatezza e l'integrazione delle cure, la soddisfazione dell'utente. Le analisi costi-benefici evidenziano che le attività psicologiche si ripagano con la riduzione dei costi che comportano, generando ulteriori risparmi per le persone ed il Sistema Sanitario.

---

[i] Naylor et al. 2012.
[ii] Melek e Norris 2008.
[iii] Marucha et al 1998; Bosch et al. 2007; Gouin et al. 2007.
[iv] Lazzari D. 2011.
[v] Broadbent et al. 2012.
[vi] Bartoli S. 2012.
[vii] Kirsch 2012.
[viii] SIPSOT, 2009.
[ix] Bozzaro P. 2003.
[x] AUPI Umbria, 2012.
[xi] Reitano F. 2013.
[xii] Cittadinanzattiva, CnAMC, 2010.

FASSID
Federazione Aipac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti

Roma, 19 marzo 2018
Prot. 349/SM/18/F

ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA BOZZA DELLA CONFERENZA STATO REGIONI DOCUMENTO DEL MARZO 2018

La definizione a livello nazionale di standard riproducibili nelle variegate realtà regionali risulta un'operazione complessa per l'autonomia legislativa delle Regioni e delle Provincie Autonome che, nell' applicazione del PSSN e dei LEA, presentano spesso disomogeneità normativa e organizzativa nei diversi contesti analizzati. Lo scenario di contenimento della spesa (con molte Regioni in piano di rientro) ha costretto inoltre, negli ultimi anni, a drastiche misure di ridimensionamento della spesa pubblica con conseguente rimodulazione degli assetti organizzativi, delle reti ospedaliere e distrettuali, evidenziando, di fatto, scenari organizzativi e assistenziali diversi e in continua evoluzione.

Altro fattore da considerare è certamente la collocazione dell'assistenza in contesti territoriali topograficamente diversificati, con bacini di utenza non sovrapponibili, con complessità differenti, anche all'interno della stessa realtà soprattutto ospedaliera, secondo l'organizzazione e la *mission* definita nei vari contesti analizzati. Spesso infatti si rilevano all'interno del sistema servizi che svolgono solo funzioni di base, ma anche quelli che debbono garantire ulteriori linee di attività complementari ma non meno importanti; poi ci sono i servizi di "eccellenza" cioè quelli che svolgono tutte le linee di attività utili nel settore specifico di competenza garantendo il massimo livello qualitativo.

Non bisogna inoltre dimenticare che le attività sanitarie sono svolte all'interno di due diversi scenari: Ospedale e Territorio che, a loro volta, pur avendo esigenze difformi, svolgono attività diverse ma complementari e funzionali al benessere del cittadino.

In questo contesto è evidente che nel calcolo di standard questi elementi hanno un peso rilevante e che soprattutto la mancanza di Modelli Organizzativi standardizzati rende più complicata la definizione univoca di standard che, pur se definiti come valore minimo, debbono necessariamente essere riadattati alla realtà regionale e, alcune volte, nelle stesse regioni, in funzione del contesto specifico in cui si opera. Inoltre non sempre è possibile, soprattutto nella categoria dei sanitari assegnati ai servizi, prevedere dei tempi definiti, perciò si rende necessario prevedere un certo volume di attività "non standardizzabili".

Si deve perciò tenere conto non solo di tutte le attività professionali, tecniche, cliniche e chirurgiche ordinarie ma di tutte quelle attività non standardizzabili riferite ad esempio alla continuità clinica del ricoverato, alle consulenze specialistiche anche fuori dal reparto di appartenenza, alle attività di formazione, di audit e a tutte le attività riferibili alla sfera gestionale di programmazione, verifica e controllo. Il valore di queste attività, in base all'esperienza maturata sul campo e seguendo le più moderne linee guida professionali, si può stimare tra il 20/25 % da sommarsi ai valori numerici scaturiti utilizzando il modello classico del tempo in minuto rispetto ai carichi di lavoro.

COORDINAMENTO NAZIONALE
Via Farini 62 00185 Roma Tel. 06 4823629 - 06 4820329 Fax 06 4822609

Si ritiene prioritario inoltre stabilire i criteri per l'organizzazione delle guardie e delle reperibilità (nel servizio di appartenenza o in quelli interdivisionali) per poter definire standard che possano garantire anche la turnazione h24 e la massima sicurezza e tutela per operatori e cittadini. Il lavoro che questa organizzazione sindacale presenta porta inoltre una novità rispetto ai modelli elaborati fino ad oggi, anche rispetto a quello del Tavolo tecnico ministeriale, in quanto esplicita in maniera puntuale alcune aree di assistenza ad oggi non censite o scarsamente studiate come l'area farmaceutica, l'area della medicina del territorio, l'area psicologica, l'area radiologica e l'area della patologia Clinica.

E' inoltre importante evidenziare che sarà importante che una volta individuati gli standard minimi di personale debbano essere il **fondamento nei processi di autorizzazione e accreditamento** delle strutture sanitarie che forniscono prestazioni per conto del SSN.

Il documento comunque, fermo restando alcuni limiti, potrebbe essere il punto di partenza per la definizione di standard nazionali minimi che possano essere la base per garantire l'assistenza sanitaria in tutti i contesti nazionali in termini di efficacia, efficienza e sicurezza.
A tale proposito il documento, se deve essere mirato agli standard del personale ospedaliero, deve tenere conto di tutte le professioni sanitarie che ruotano all'interno di reparti e servizi ospedalieri e che sono funzionali all'erogazione dei LEA. Quindi non si può non considerare nel documento figure professionali quali quelle del farmacista e dello psicologo inserite le prime nelle Farmacie Ospedaliere e le seconde nei servizi e reparti di varie specialistiche (ad es. psichiatria, oncologi, materno-infantile).

Pertanto questa organizzazione sindacale, che rappresenta al suo interno le varie componenti dei servizi previsti nel decreto n.70, punto 3.1, invia per ogni area le proposte di integrazione e modifica.

AREA RADIOLOGIA

Si fa un po' di confusione e la tabella che riguarda l'Area Radiologica riferita al bacino di utenza è poco realistica e con un range improponibile perpetuando le inadeguatezze del DM 70. (es. radiologia, laboratori, anatomia patologica, centri trasfusionali, farmacie stessi parametri: di che parliamo? Tante sale settorie quante radiologie?)

Specifiche critiche vanno espresse sui seguenti punti:
- la radioterapia a pag. 35 non viene prevista tra i servizi ospedalieri (presumo per distrazione)
- non è chiara a pag. 38 la differenziazione tra Radioterapia (70) e Radioterapia Oncologica (74): sono forse vecchi codici di identificazione di disciplina?
- il numero di medici radiologi previsti per le diverse tipologie di ospedale è in tutti i casi insufficiente
- in particolare i valori minimi sono tali da essere incompatibili con la regolare erogazione dei servizi (prevedere un minimo di 2 medici negli ospedali di base significa escludere a priori la possibilità di avere anche una semplice una pronta disponibilità autonoma; prevedere per un ospedale di 1' livello un minimo di soli 4 radiologi non è nemmeno lontanamente ipotizzabile, dal momento che per un bacino di utenza di 300.000 abitanti vanno previste mediamente almeno 600.000 prestazioni di Radiologia/anno e almeno la metà se non più vengono eseguite nella struttura ospedaliera di riferimento .
- il numero dei TSRM è adeguato ,ma il fatto che sia doppio rispetto al numero dei medici non è attualmente giustificato alla luce dei modelli operativi odierni che prevedono in alcuni casi che il TSRM operi su delega senza la presenza fisica costante del medico radiologo al suo fianco. (esami eseguiti al letto o in sala operatoria, mammografia di screening e una limitata parte dell' attività di esami radiografici diretti relativi alle procedure radiologiche clinicamente sperimentate art. 6 dlgs 187/2000 GU 9/11/2015) oltre all'apporto dei TSRM alle procedure di archiviazione accettazione
Il medico radiologo è presente almeno in numero paritario con il tecnico in RM, Angiologia, Radiologia

tradizionale extra art6/187) , quando addirittura non opera da solo senza tecnico (ecografia) o come nel caso della TC con le nuove macchine possa essere necessario un numero superiore di medici per il pieno impiego delle attrezzature
- viene spesso citato il termine "disponibilità in rete": il doveroso rispetto delle linee guida sulla teleradiologia (dlgs 187/2000,), (linee guida per le procedure radiologiche clinicamente sperimentate art 6 dlgs 187/2000 GU 9/11/2015 non consente invece un utilizzo indiscriminato di tale strumento :da valutare inoltre la sicurezza delle cure alla luce della 24/2017 ed il rispetto dei diritti del paziente secondo la legge 3/2018 all'art.1

La Radioterapia viene ricomprese tra le specialità mediche per poi scomparire. Inoltre la dotazione delle risorse umane è per tutta l'area radiologica.

Non viene definito e considerato, il carico di lavoro *assistenziale,* non legato alla, produzione di esami, che nulla a che vedere ha con "aggiornamento" ed altre attività non assistenziali previste dal CCNL. A questo proposito esistono documenti scientifici nazionali ed internazionali minimamente citati redatti peraltro sulla scorta di documenti regionali succeduti nel tempo (Modello di appropriatezza Sirm 2012)

In riferimento agli standard e guardia attiva con medico bisognerebbe citare quanto scritto all'art. 16 del CCNL della dirigenza medica del 3 novembre 2005 che rimanda all' Allegato 2.

AREA PATOLOGIA CLINICA

Si portano all'attenzione due considerazioni sul personale minimo in generale che serve per far funzionare un servizio previsto dalla norma. In particolare per il personale medico/biologo riguardo al numero minimo si fa rilevare che:

- nei laboratori di base non può essere mai zero in quanto, anche se fisicamente non è presente nessun medico, occorre calcolare in ogni caso il personale dedicato nel laboratorio di riferimento, dove almeno un medico è impegnato a validare gli esami ed organizzare il servizio anche a distanza. Perciò il numero minimo deve essere almeno 1 (altrimenti il laboratorio si chiude) e comunque la procedura di valutazione a distanza deve essere considerata eccezionale e non abituale almeno durante l'orario diurno.
- nel laboratorio di 1°livello il numero minimo di 4 è sottostimato perché non include l'apicalità e per le guardie 24 ore sono necessari 6 dirigenti oltre ad eventuali medici impegnati per laboratori spoke. Numero minimo deve perciò essere di 7 di cui 6 dirigenti di I livello ed 1 apicale.

Inoltre bisogna calcolare il numero di personale per le specialità aggiuntive:

- microbiologia minimo 2 dirigenti
- ematologia con citofluorimetria minimo 2 dirigenti
- laboratori spoke senza personale afferenti minimo 1 dirigente
- inoltre bisogna prevedere incrementi in base a tipologia di esami e numero.

Quindi si deve ipotizzare 1 dirigente in più ogni milione di esami ed un dirigente ogni settore specialistico a valenza almeno regionale.

AREA FARMACIA OSPEDALIERA

Il documento va integrato con la definizione degli standard del personale farmacista afferente alle Farmacie Ospedaliere previste al punto 3.1 del decreto 70, in tabella prima dei laboratori, pag. 11 della G.U. n. 127 e terzo capoverso pag 13 della stessa G.U.

A tale proposito si esplicita che l'Area SiNaFO della FASSID, facendo seguito alla richiesta ministeriale 2017 e sulla scorta dei parametri lì indicati, ha già prodotto e pubblicato nel mese di maggio 2017 un documento tecnico professionale, alla cui lettura si rimanda, che aveva l'obiettivo di "...**costituire il primo riferimento nazionale per individuare i modelli di minima per le realtà regionali."** Il documento, edito a stampa, dal titolo **"Criteri generali per la definizione di standard della dirigenza farmaceutica ospedaliera e territoriale del S.S.N."**, è stato a suo tempo socializzato a vari livelli, compreso quello ministeriale.

Per quanto riguarda le ore di riferimento lavorate di cui al punto 4.2, si evidenzia che il documento già prodotto dal SiNaFO riportava quelle definite nella proposta ministeriale del 2017 pari a 1.454 e già riportate a vari livelli regionali. Si fa notare che invece la nuova proposta le vede incrementate a 1.560, perciò i dati verranno corretti con queste ore di riferimento.

Ciononostante, al fine di rendere omogeneo il ragionamento sugli standard ospedalieri e contribuire alla produzione di un modello unico, si evidenzia in sintesi quanto sarà necessario riproporre nel documento in fase di nuova elaborazione.

TUTTO QUANTO PREMESSO

si chiede di integrare il documento approvato in commissione sanità nella seduta del 20 dicembre 2017, con i seguenti punti:

- Aggiungere a pagina 34 del documento, dopo il punto 3, i riferimento sui servizi senza posti letto di cui al decreto 70: *"Per quanto concerne le strutture complesse senza posti letto (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, centro trasfusionale, direzione sanitaria, **farmacia ospedaliera** ecc.) si è identificato, sulla base delle prestazioni attese, nonché della necessità della presenza di tali discipline nei Dea di I livello, un bacino di utenza tra 150.000/300.000 abitanti"*

- A pagina 35 del documento inserire, quindi, **la farmacia ospedaliera** dopo il laboratorio analisi

- Sempre a pagina 35 aggiungere la Farmacia Ospedaliera nelle Area dei Servizi Ospedalieri, come da tabella, che sostituisce la precedente:

Ospedale di Base	**Presidi di I livello**	**Presidi di II livello**
80.0000 – 150.000	150.000 – 300.000	600.000 – 1.200.000
Radiologia	Radiologia	Radiologia
Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio

Farmacia Ospedaliera	**Farmacia Ospedaliera**	**Farmacia Ospedaliera**
	Trasfusionale	Trasfusionale
	Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria
	Anatomia e istologia Patologica	Anatomia e Istologia Patologica
		Medicina nucleare
		Microbiologia e Virologia

➢ Al punto 5.5 del documento quando si parla di personale dei servizi aggiungere tutto il paragrafo della Farmacia Ospedaliera **come sotto specificato, dopo il punto 5.5.7, quindi l'Area Farmacia Ospedaliera diventa il punto 5.5.8 e le altre a scendere.**

PUNTO 5.5.8 AREA FARMACIA OSPEDALIERA

I numeri di personale dirigente farmacista derivano dalla valutazione/assegnazione del tempo medio lavorato in ore, o sue frazioni, necessario per garantire, in qualità e sicurezza, ogni attività definita nei vari processi delle singole macro-aree, proprie della Farmacia ospedaliera, individuate nel documento 2017 edito SiNaFO, elaborato dalla associazione insieme alle società scientifiche SIFO e SIFACT, "Criteri generali per la definizione di standard della dirigenza farmaceutica ospedaliera e territoriale del S.S.N".

La figura del farmacista ospedaliero, all'interno della struttura sanitaria, comunque organizzata, è "infungibile" e funzionale a garantire le attività specifiche della professione. Ne deriva di conseguenza che è imprescindibile per "rendere disponibile il servizio" la dotazione minima in ogni UOC di Farmacia Ospedaliera (o servizio di Farmacia mantenuto aperto) di almeno 3 dirigenti farmacisti . Tale numero deve essere considerato come "metabolismo minimo" di funzionamento e deve aumentare in funzione della complessità degli ospedali di riferimento ed, ovviamente, in funzione del numero e della tipologia delle attività svolte, nonché della produzione erogata.

Nella valutazione della complessità per la assistenza farmaceutica inoltre occorre tenere presente altri parametri legati alla gestione logistica delle strutture che impatta in maniera rilevante nei tempi di erogazione delle prestazioni. Per questo motivo è necessario aggiungere alla valutazione di Complessità di BASE, Media o ALTA, le seguenti precisazioni:

a) nei presidi Ospedalieri di complessità di BASE, con un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, si deve considerare di norma l'assistenza farmaceutica verso Ospedali di Aziende AUSL fino a 300 PL con discipline ad alta e altissima diffusione che rappresentano perciò l'offerta base e/o ubicati in contesti geomorfologici a bassa complessità;

b) nei Presidi Ospedalieri di MEDIA complessità, ovvero, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, si deve considerare di norma l'assistenza farmaceutica verso Ospedali da 300 a oltre 800 PL di Aziende AUSL e/o Aziende Ospedaliere sede anche di DEA di I° e II° livello con attività di base e a media specializzazione/complessità. Oppure Ospedali, anche piccoli, suddivisi in più strutture e/o ubicati in territori montani isole e/o ad alta complessità geomorfologica. Ospedali dove vanno considerate le difficoltà

strutturali legate alla dispersione delle U.O. e alle caratteristiche geomorfologiche del territorio che rendono più complessa l'erogazione dell'assistenza

c) nei Presidi Ospedalieri di ALTA complessità, ovvero sede di DEA di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, si deve considerare di norma l'assistenza farmaceutica verso Ospedali Universitari e/o di Ricerca e/o ad Alta Specializzazione.

Infine è necessario segnalare che, anche in questo documento, non si è tenuto conto del personale di supporto afferente al comparto necessario per garantire le attività della farmaceutica. Ci si riferisce a personale amministrativo, informatici, infermieri e/o di tecnici di laboratorio biomedico (soprattutto quelli destinati ai laboratori oncologici, di nutrizione parenterale ecc., che oltre alle conoscenze di base dovranno essere opportunamente addestrati a svolgere tali compiti), operatori tecnici di magazzino e operatori sociosanitari, per i quali oggi si richiede un alto grado di preparazione professionale in quanto a molti di questi operatori oggi è richiesto un buon/alto grado di competenza informatica per l'utilizzo delle nuove tecnologie e piattaforme interne e regionali/nazionali.

Tabella di standard del personale dirigente farmacista ospedaliero

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	1 Turno	1 Turno	1 Turno
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000 – 300.000	600.000 – 1.200.000
Dirigenti Sanitari Farmacisti	Media 7 (con un massimo di 15)	Media 12 (con un massimo di 20)	Media 15 (con un massimo di 23)

I numeri contengono l'apicalità ma vanno incrementati laddove è prevista la pronta disponibilità.

La media suggerita e l'indicazione del massimo derivano dalla necessità di garantire in ciascun ambito, in sicurezza ed in ogni struttura, la funzionalità del servizio e le attività minime di base legate all'assistenza farmaceutica. Mentre ogni attività in più (ad esempio la continuità ospedale-territorio, la farmaco vigilanza, la galenica magistrale, la galenica oncologica, la galenica nutrizionale, la personalizzazione delle terapie, la pharmaceutical care in reparto, la sperimentazione clinica ecc.) necessita di numeri di dirigenti rapportati al numero di prestazioni effettuate al fine di poter essere garantita. Per ulteriori informazioni si rimanda al volume pubblicato a maggio 2017 dal SiNaFO.

FABBISOGNO PERSONALE DISCIPLINA PSICOLOGIA (bozza dicembre 2017)

5.5. Personale dirigente e del comparto dedicato ad alcune attività specifiche ed area dei servizi

5.5.1 Premessa metodologica

a pag. 34, ultimo paragrafo, dopo le parole "…*allo standard previsto*." Aggiungere: "***Le Regioni definiscono un adeguato standard organizzativo del servizio di psicologia ospedaliera***".

RAZIONALE

In coerenza con atti di indirizzo dell'Unione Europea, tra i quali quello relativo ai centri di oncologia, al materno – infantile, salute mentale ecc. ***il servizio di psicologia ospedaliera deve assicurare un adeguato*** *sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento.*
"Le Regioni, nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi provvedono ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le diverse discipline, ***ivi compresa la psicologia ospedaliera,*** *secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cure".*

Poter disporre di una presenza coordinata di competenze psicologiche si rivela necessario per integrare gli interventi medici e chirurgici in molte situazioni, come ormai richiedono molte linee guida e PDTA, per collaborare alle politiche della qualità, la comunicazione e l'umanizzazione delle cure, alla formazione relazionale del personale, all'empowerment degli operatori (gestione delle emozioni, lavoro in team, stress lavoro-correlato, burnout). Solo in tema di "umanizzazione" basti rilevare come l'indagine nazionale promossa dall'Agenas (vedi Monitor, XII, 32, 2013), utilizzando la letteratura internazionale e nazionale, pone come indicatori di umanizzazione di un ospedale molti aspetti di pertinenza psicologica quali: presenza di supporto psicologico, empowerment individuale, procedure di comunicazione con il paziente per il coinvolgimento attivo nel processo di cura/compliance, formazione del personale alla relazione di aiuto e caregiver).

Il Coordinatore Nazionale FASSID
Alessandra Di Tullio

Politiche di stabilizzazione del personale precario nel SSR (2018-2020)
Dirigenza medica e sanitaria non medica

Il quadro giuridico (D.Lgs. 75/2017, come modificato dalla legge 205/2017 con riferimento alla dirigenza del SSN e circolari DFP n. 3/2017 e 1/2018)

L'art. 20 disciplina due procedure di reclutamento speciale, che le p.a. hanno la facoltà di utilizzare, per il triennio 2018/2020:

1. comma 1: consente l'assunzione a tempo indeterminato del personale non dirigenziale che possegga tutti i seguenti requisiti:
   a) risulti in servizio, successivamente alla data del 28 agosto 2015 (almeno un giorno), con contratto di lavoro a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione;
   b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione; (DFP: per procedura concorsuale si intendono anche le procedure per assunzioni a tempo determinato, per esami e/o titoli, ovvero previste in una normativa di legge)
   c) abbia maturato, al 31 dicembre 2017, alle dipendenze dell'amministrazione che procede all'assunzione almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni (DFP: ha chiarito che i servizi da considerare riguardano tutti i rapporti di lavoro flessibile, quindi anche le co.co.co., purché riconducibili al medesimo profilo professionale);
2. comma 2: consente di bandire procedure concorsuali riservate, in misura non superiore al cinquanta per cento dei posti disponibili, a garanzia dell'adeguato acceso dall'esterno, al personale che possegga tutti i seguenti requisiti:
   a) risulti titolare, successivamente alla data del 28 agosto 2015, di un contratto di lavoro flessibile presso l'amministrazione che bandisce il concorso;
   b) abbia maturato, alla data del 31 dicembre 2017, almeno tre anni di contratto, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, presso l'amministrazione che bandisce il concorso.

Con la circolare n. 1/2018 il DFP ha chiarito che il trattamento accessorio del personale assunto a tempo indeterminato graverà interamente sulle risorse in essere dei fondi contrattuali (senza possibilità di incremento).

Norme speciali per il SSN:

- le procedure dell'art. 20 (comma 1 e 2) si possono applicare anche al personale medico e tecnico-professionale del SSN (come previsto dal comma 11, modificato dalla legge 205/2017);
- per il personale medico, tecnico-professionale e infermieristico del SSN, il requisito dei 3 anni di lavoro negli ultimi 8 (per la partecipazione alle procedure di cui al comma 1 e 2), non deve essere necessariamente maturato nell'amministrazione che bandisce il concorso, ma anche presso diverse amministrazioni del SSN

Il possibile percorso di sviluppo delle politiche regionali

1. La programmazione regionale di innovazione e qualificazione del SSR è già orientata verso la realizzazione di politiche occupazionali dirette a favorire l'acquisizione di condizioni lavorative continuative e stabili, che contribuiscano alla qualità della vita dei lavoratori, contrastando le forme di precarizzazione del lavoro;

2. In questo senso vanno richiamati gli accordi già sottoscritti con le OO.SS. in materia di innovazione e qualificazione del SSR, con particolare riferimento all'accordo del 19 settembre 2016 e al successivo protocollo del 28 novembre 2017 (che individua, per il triennio 2017-2019, un obiettivo di riduzione del lavoro atipico oneroso dell'80%), e le correlate politiche aziendali di attuazione;
3. le disposizioni contenute nell'art. 20 del D.Lgs. 75/2017 possono costituire una ulteriore opportunità da valutare, al fine di favorire la stabilizzazione delle posizioni di lavoro facenti riferimento allo svolgimento di attività istituzionali aventi natura continuativa e coperte attraverso il ricorso a contratti a tempo determinato e/o di natura flessibile, in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato, tenendo comunque conto delle specificità dei contratti "flessibili" presenti all'interno delle Aziende del SSR e delle politiche di stabilizzazione già in fase di implementazione in base agli indirizzi regionali prima richiamati;
4. il possibile percorso applicativo si potrebbe articolare in queste fasi:
   - livello regionale: definizione di un protocollo condiviso con le OOSS di individuazione degli obiettivi e delle indicazioni applicative;
   - a livello aziendale: in attesa della definizione del piano triennale dei fabbisogni, ricognizione del personale potenzialmente interessato alla partecipazione alle procedura disciplinate dal predetto art. 20, e individuazione, in relazione alle esigenze di professionalità da reclutare, delle posizioni di lavoro da assumere a tempo indeterminato attraverso le procedure in esame, nell'arco del triennio 2018/2020;
5. le indicazioni regionali potrebbero avere questo contenuto di massima:
   - previsione di adeguate forme di valorizzazione del servizio prestato con rapporti di lavoro di natura flessibile all'interno delle aziende ed enti del SSR della Regione Emilia-Romagna;
   - individuazione delle risorse economiche per il perseguimento delle politiche di stabilizzazione dalle risorse già impiegate a copertura dei costi dei rapporti di natura flessibile (a fronte della relativa cessazione); resta fermo, come chiarito dalla circolare n.1/2018 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, che il trattamento economico accessorio del personale assunto a seguito delle procedure in esame, "graverà esclusivamente sul fondo calcolato ai sensi della normativa vigente e nel limite previsto dall'articolo 23, comma 2, del D.Lgs. 75/2017";
   - con specifico riferimento alla procedura speciale di stabilizzazione di cui al comma 1 dell'art. 20, l'avvio della procedura avviene attraverso specifico avviso pubblico aziendale, con indicazione delle modalità e dei termini per la presentazione della domanda di partecipazione; l'avviso riporta quanto previsto dal comma 12 dell'articolo in esame, secondo cui ha priorità di assunzione il personale in servizio alla data di entrata in vigore del D.Lgs. 75/2017 (22 giugno 2017) e riporta inoltre gli ulteriori criteri per definire l'ordine di assunzione a tempo indeterminato, assicurando adeguata valorizzazione al criterio della esperienza maturata, nella medesima attività, in aziende ed enti del SSR della Regione Emilia-Romagna; esso richiama inoltre quanto previsto dalla normativa concorsuale in materia di requisiti di ammissione per i profili professionali interessati; al fine di orientare prioritariamente le procedure in esame verso l'acquisizione da parte del personale precario di condizioni lavorative continuative e stabili, gli avvisi potrebbero prevedere, come requisito specifico di partecipazione, del fatto di non essere già titolare di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato in profilo dirigenziale, alla data di pubblicazione dell'avviso, presso una p.a.;

Ricognizione regionale sul personale in possesso dei requisiti:

	Medici	Sanitari	PT	TOT
personale a TD	169	64	15	**248**

Personale stabilizzabile dirigente TD 2018

		DIRIGENZA MEDICA/VETERINARIA	DIRIGENZA S.P.T.A.							Totale complessivo
		SANITARIO	SANITARIO				SANITARIO Totale	PROFESSIONALE	TECNICO	
CDAZIE	DSAZIE	DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE BIOLOGO	DIRIGENTE FARMACISTA	DIRIGENTE FISICO	DIRIGENTE PSICOLOGO		.	.	
101	PIACENZA ASL	13								13
102	PARMA ASL	5		2			2			7
103	REGGIOE ASL	34	4	3	1	6	14	1	1	50
104	MODENA ASL	4	1	4		1	6	2		12
105	BOLOGNA ASL	20		6			6	1	1	28
106	IMOLA ASL	3							1	4
109	FERRARA ASL	3						1		4
114	ROMAGNA ASL	63	3	18	1	3	25	2	4	94
902	PARMA AOU	12	5			1	6			18
904	MODENA AOU	2								2
908	BOLOGNA AOU	2								2
909	FERRARA AOU	5								5
960	RIZZOLI	3	1	4			5	1		9
Totale complessivo		169	14	37	2	11	64	8	7	248

REGIONE TOSCANA

Giunta Regionale

Indirizzi alle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale per l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017 in materia di "superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni"

Con i presenti indirizzi si intende perseguire il duplice obiettivo di garantire uniformità di comportamento nell'ambito del Servizio sanitario regionale, nell'attuazione delle disposizioni in materia di superamento del precariato contenute nell'art. 20 del d.lgs. 75/2017, nonché di dare immediato avvio ai percorsi di stabilizzazione del personale delineati nel medesimo art. 20.

1. Principi generali.

Secondo quanto stabilito dall'art. 20 del d.lgs. 75/2017, le procedure di stabilizzazione ivi previste devono trovare attuazione in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria. La stabilizzazione non è, pertanto, un processo a sé stante, dovendo invece trovare attuazione nell'ambito della programmazione complessiva del fabbisogno di personale e nel rispetto dei limiti di spesa per il personale stabiliti dalla normativa vigente, ferma restando la garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno.

Riguardo a quest'ultimo aspetto (garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno), occorre tener presente che le procedure di stabilizzazione previste dal suddetto art. 20 del d.lgs. 75/2017 si configurano, al pari di quelle disciplinate dal DPCM 6 marzo 2015, come procedure di reclutamento speciale transitorie, che si distinguono dalle procedure di reclutamento speciale a regime previste dall'art. 35, comma 3 bis del d.lgs. 165/2001.
In merito ai rapporti tra le diverse modalità di reclutamento speciale, si ritiene che, a garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, le procedure di stabilizzazione di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017 debbano essere avviate da ciascuna Aziende ed Ente del SSR nel rispetto del limite massimo complessivo del 50% delle risorse finanziarie disponibili per le assunzioni -così come definite in sede di assegnazione di obiettivi e risorse alle medesime Aziende/Enti- tenendo presente che, su tale percentuale di risorse, gravano anche le assunzioni di cui all'art. 35, comma 3 bis del d.lgs. 165/2001 (e, per il 2018, anche quelle di cui al DPCM 6 marzo 2015, ove non ancora ultimate).

2. Piano per la stabilizzazione del personale.

Le Aziende e gli Enti del SSR procedono alla programmazione complessiva del fabbisogno di personale per il triennio 2018-2020, tenendo presente che il fabbisogno di personale non costituisce un'entità astratta, dovendo essere determinato in relazione all'attività programmata per garantire i livelli essenziali di assistenza, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili, nonché del limite di spesa per il personale stabilito dalla normativa vigente.

1

Nell'ambito della programmazione complessiva del fabbisogno di personale, le Aziende e gli Enti del SSR predispongono un piano triennale (per gli anni 2018-2020) per la stabilizzazione del personale attraverso le procedure previste dal suddetto art. 20 del d.lgs. 75/2017.

Le procedure di stabilizzazione diretta di cui al comma 1 dell'art. 20 verranno gestite dalle singole Aziende ed Enti del SSR, mentre le procedure concorsuali riservate di cui al comma 2 del medesimo art. 20 verranno espletate dall'ESTAR sulla base delle richieste delle Aziende/Enti.

3. Personale destinatario delle disposizioni di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017.

Si ritiene opportuno, in primo luogo, fornire alcune precisazioni in merito a quanto previsto dal comma 11 dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017.
Ricordiamo, al riguardo, che:

- il suddetto comma 11 dell'art. 20, come modificato dall'art. 1, comma 813 della legge 205/2017 (legge di bilancio 2018) stabilisce che "*le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 si applicano al personale, dirigenziale e no, di cui al comma 10 … anche ove lo stesso abbia maturato il periodo di tre anni di lavoro negli ultimi otto … presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale …*";
- il personale di cui al comma 10 del medesimo art. 20, a cui il suddetto comma 11 rinvia, è il "*personale medico, tecnico-professionale e infermieristico del Servizio sanitario nazionale*", per il quale "*continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 543, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 …*";
- le disposizioni sopra riportate assumono una rilevanza diversa per il personale del comparto e per la dirigenza; infatti:
    - per il comparto consentono, limitatamente al personale tecnico-professionale e infermieristico, la maturazione dei tre anni di lavoro, richiesti come requisito per la partecipazione alle procedure di stabilizzazione, anche presso diverse amministrazioni del SSN, fermo restando che le disposizioni di cui all'art. 20, commi 1 e 2 sono applicabili a tutto il personale del comparto;
    - per la dirigenza, invece, costituiscono il presupposto normativo per la stabilizzazione, con la conseguenza che il personale dirigenziale stabilizzabile è solo quello ivi indicato (personale medico, tecnico-professionale e infermieristico).

Ricordato quanto sopra, si evidenzia che, in merito all'individuazione del <u>personale tecnico-professionale</u> (compreso quello dirigenziale), il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 15.2.2018 precisa quanto segue: "*al di là dell'espressione atecnica utilizzata dal legislatore, il personale dirigenziale destinatario delle procedure di stabilizzazione e il personale del comparto la cui anzianità di servizio può essere conteggiata, ai sensi del comma 11 del decreto, anche se maturata presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale, è il personale del ruolo sanitario. Ad esso, con riferimento specifico al personale destinatario della previsione del citato comma 11 dell'art. 20, si ritiene debba essere equiparato il personale del comparto appartenente al ruolo tecnico ma operante in stretta correlazione al personale sanitario, atteso che la finalità è quella di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari*".

Riguardo al "*personale del comparto appartenente al ruolo tecnico ma operante in stretta correlazione al personale sanitario*", a cui fa riferimento il documento della Conferenza delle Regioni, si ritiene che siano da ricomprendere gli operatori socio sanitari e gli autisti di ambulanze, in conformità all'orientamento già espresso dal Ministero della Salute (con nota DGPROF 0055338-P-16/11/2016 indirizzata al coordinamento tecnico della Commissione Salute) in merito al significato della locuzione "tecnico-professionale" utilizzata dall'art. 1, comma 543 della legge 208/2015 (legge di stabilità 2016).

Per quanto riguarda i "<u>contratti di lavoro flessibile</u>" che rientrano nell'ambito di applicazione delle procedure di stabilizzazione di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017, si ritiene opportuno evidenziare le indicazioni contenute nel documento della Conferenza delle Regioni sopra richiamato:

2

- in primo luogo, nel documento si esplicita di condividere l'orientamento espresso nella circolare n. 3/2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, laddove viene precisato, con riferimento ai concorsi riservati di cui all'art. 20, comma 2, che, tra i titolari di rapporto di lavoro flessibile che possono essere ricompresi nel reclutamento speciale transitorio per il triennio 2018-2020, vi sono "*i titolari di varie tipologie di contratti di lavoro flessibile, quali ad esempio anche le collaborazioni coordinate e continuative*";
- il documento della Conferenza delle Regioni continua affermando che "*nel convenire con tale precisazione, in considerazione anche che la legislazione nazionale ha spesso e in modo espresso assimilato le co.co.co. ai rapporti di lavoro flessibile (si veda ad esempio l'articolo 2, comma 71 della L. 191/2009), si ritiene di precisare ulteriormente che devono considerarsi destinatari della norma anche tutti i soggetti titolari di rapporti di lavoro autonomo che, come le co.co.co., trovano la propria fonte di legittimazione nell'articolo 7, comma 6 del d.lgs. 165/2001*".

Per quanto concerne, invece, i contratti ex 15 septies del d.lgs. 502/1992, si ritiene che questi siano esclusi dall'ambito di applicazione dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017, per le stesse motivazioni già espresse dalla Giunta regionale, in relazione alle procedure concorsuali riservate di cui al DPCM 6 marzo 2015, con delibera n. 300 del 11.4.2016, alla quale si rinvia.

Si ritiene, infine, che sia escluso dall'ambito di applicazione dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017, in quanto normativa diretta al superamento del precariato, il personale che risulti già inquadrato a tempo indeterminato presso un'amministrazione pubblica nello stesso profilo oggetto delle procedure di stabilizzazione.

4. Requisiti di ammissione alle procedure di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017.

In merito ai requisiti di ammissione alle procedure di stabilizzazione di cui all'art. 20 del d.lgs. 75/2017, si ritiene opportuno evidenziare due aspetti, confermando le indicazioni già fornite dalla Giunta regionale, in relazione alle procedure concorsuali riservate di cui al DPCM 6 marzo 2015, con la delibera n. 300 del 11.4.2016 sopra richiamata, con la quale venivano recepite le linee guida della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 30 luglio 2015.

1) L'anzianità di servizio di cui all'art. 20, comma 1, lett. c) deve essere maturata integralmente nel profilo oggetto della procedura di stabilizzazione. Analogamente, i tre anni di contratto di cui all'art. 20, comma 2, lett. b) devono essere maturati nello svolgimento di attività lavorativa corrispondente a quella del profilo oggetto delle procedura concorsuale riservata.

2) I tre anni di servizio di cui all'art. 20, comma 1, lett. c) e i tre anni di contratto di cui all'art. 20, comma 2, lett. b) devono essere considerati, al fine dell'ammissione alle procedure di stabilizzazione, indipendentemente dal regime orario.

5. Requisiti specifici di cui all'art. 20, comma 1 del d.lgs. 75/2017.

Per quanto riguarda i requisiti per la stabilizzazione in via diretta ai sensi del comma 1 dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017, si rinvia alle indicazioni fornite dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione con la circolare n. 3/2017, sia in merito all'individuazione delle "procedure concorsuali" di cui alla lett. b) del suddetto comma 1 dell'art. 20, sia in relazione al conteggio dei tre anni di servizio di cui alla lett. c) del medesimo comma 1.

6. Disposizioni per l'avvio dei percorsi di stabilizzazione.

In attesa della definizione, da parte delle Aziende e degli Enti del SSR, del piano triennale 2018-2020 per la stabilizzazione del personale in attuazione dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017 (piano a cui si fa riferimento nel punto 2 dei presenti indirizzi), si ritiene comunque opportuno anticipare, ove possibile, l'avvio dei percorsi di stabilizzazione del personale delineati nel medesimo art. 20.

Al riguardo si ritiene che le Aziende e gli Enti del SSR possano, fin da subito, dare avvio alle procedure di stabilizzazione in via diretta ai sensi del comma 1 dell'art. 20 per quei profili del comparto (tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, operatore socio sanitario, infermiere, ostetrica, fisioterapista, logopedista), rispetto ai quali, anche in considerazione dell'andamento storico delle cessazioni, non sussistano dubbi, per le medesime Aziende/Enti, sul fatto che, nel triennio 2018-2020, si realizzeranno possibilità di assunzioni, pur al momento non quantificabili, non essendo stati ancora definiti i piani per la stabilizzazione.

In tal modo, nel momento in cui si realizzeranno, per le Aziende e gli Enti del SSR, le condizioni per l'attuazione dei rispettivi piani per la stabilizzazione del personale, le procedure di cui all'art. 20, comma 1 del d.lgs. 75/2017 saranno, almeno per taluni profili, già espletate (o, comunque, già in fase di espletamento).

Al fine dell'attuazione di quanto sopra, si forniscono le indicazioni di seguito riportate.

Entro venti giorni dall'adozione dei presenti indirizzi, le Aziende e gli Enti del SSR procederanno all'emanazione di appositi avvisi, da pubblicare sul sito internet dell'Azienda/Ente, per la stabilizzazione in via diretta, ai sensi del comma 1 dell'art. 20 del d.lgs. 75/2017, con riferimento ai profili sopra indicati.

Gli avvisi dovranno riportare quanto stabilito dal comma 12 dell'art. 20, laddove si prevede che "*ai fini delle assunzioni di cui al comma 1, ha priorità il personale in servizio alla data di entrata in vigore del decreto*" (22 giugno 2017).
In secondo luogo, come ulteriore criterio di precedenza (sempre da esplicitare negli avvisi) dovrà essere preso in considerazione l'essere in servizio, alla data di pubblicazione dell'avviso, presso l'Azienda/Ente del SSR che procede alla stabilizzazione.
L'anzianità di servizio ulteriore, rispetto ai tre anni che valgono come requisito di ammissione alla procedura di stabilizzazione, dovrà essere considerata elemento di specifica valutazione (e anche questo dovrà essere esplicitato negli avvisi).

Entro venti giorni dall'adozione dei piani dei fabbisogni, le Aziende e gli Enti del SSR procederanno all'emanazione degli avvisi per la stabilizzazione in via diretta, ai sensi del comma 1 dell'art. 20, con riferimento ai restanti profili.

Entro lo stesso termine, l'ESTAR procederà all'emanazione dei bandi per le procedure concorsuali riservate di cui al comma 2 dell'art. 20, sulla base delle richieste delle Aziende/Enti.

Per quanto riguarda tali procedure concorsuali riservate, si ritiene che debbano essere predisposte dall'ESTAR graduatorie separate per ciascuna Azienda/Ente del SSR, tenuto conto che uno dei requisiti ivi previsti è la titolarità del contratto presso l'amministrazione che bandisce il concorso (per il SSR della Toscana si tratta dell'Azienda/Ente che poi procederà all'assunzione).

Evidenziato quanto sopra in merito alle modalità di espletamento delle procedure previste dall'art. 20 del d.lgs. 75/2017, si ritiene opportuno richiamare l'attenzione delle Aziende e degli Enti del SSR sulla necessità di graduare le assunzioni nel triennio 2018-2020, sulla base dei fabbisogni di personale e garantendo l'adeguato accesso dall'esterno. Al riguardo si ritiene opportuno sottolineare che, fermo restando che per le stabilizzazioni vale il limite massimo complessivo del 50% delle risorse finanziarie disponibili per le assunzioni (limite a cui si fa riferimento nel punto 1 dei presenti indirizzi), nel procedere alle assunzioni una particolare attenzione deve essere prestata dalle Aziende e dagli Enti del SSR nel garantire l'adeguato accesso dall'esterno.

4

Protocollo regionale di definizione degli obiettivi e delle prime indicazioni in merito all'applicazione delle disposizioni in tema di stabilizzazione del personale precario di cui al D.Lgs. n. 75/2017, per il triennio 2018/2020, presso le aziende e gli enti del SSR della Regione Emilia-Romagna (personale della dirigenza medica e sanitaria non medica del SSR)

Il Presidente della Regione Emilia-Romagna Stefano Bonaccini, l'Assessore regionale Politiche per la salute Sergio Venturi e le Organizzazioni Sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria hanno proseguito il confronto sulle politiche di innovazione e di qualificazione del SSR, con particolare riguardo all'applicazione, da parte delle aziende ed enti del SSR, delle disposizioni dettate dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017, al fine di individuare e condividere gli interventi di natura straordinaria diretti a sviluppare nella misura più ampia ed efficace possibile, nell'ambito del triennio 2018-2020 e in coerenza con le programmazioni aziendali dei fabbisogni, gli obiettivi di superamento del precariato e di valorizzazione della professionalità acquisita dal personale con rapporti di lavoro di natura flessibile perseguiti dal legislatore, attraverso il ricorso alle procedure di reclutamento speciale disciplinate dal predetto art. 20.

Premesse

Il D.Lgs. n. 75/2017 di riforma della disciplina sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui al D.Lgs. n. 165/2001, adottato in attuazione della legge delega n. 124/2015, contiene:

- disposizioni di modifica della disciplina delle forme contrattuali di impiego flessibile del personale, anche al fine di prevenire la formazione di precariato; in questo ambito va in particolare evidenziata la norma che dispone il divieto, con decorrenza 1.1.2018 (decorrenza prorogata dalla Legge n. 205/2017 al 1.1.2019), di "stipulare contratti di collaborazione che si concretano in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione siano organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro";
- disposizioni dirette a favorire il superamento del precariato e alla valorizzazione dell'esperienza professionale maturata con rapporti di lavoro flessibile.

L'art. 20 del decreto in esame disciplina due procedure di reclutamento speciale, che le p.a. hanno la facoltà di utilizzare, per il triennio 2018/2020, al fine di perseguire gli obiettivi richiamati nel secondo punto del precedente paragrafo:

1. il comma 1 consente l'assunzione a tempo indeterminato del personale con contratto di lavoro a tempo determinato che possegga tutti i seguenti requisiti:
   a) risulti in servizio, successivamente alla data del 28 agosto 2015 (data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015) con contratto di lavoro a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione (quindi, in base a questo requisito è sufficiente essere stato in servizio anche un solo giorno dopo la data prima indicata);
   b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
   c) abbia maturato, al 31 dicembre 2017, alle dipendenze dell'amministrazione che procede all'assunzione almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni;
2. il comma 2 consente di bandire procedure concorsuali riservate, in misura non superiore al cinquanta per cento dei posti disponibili, a garanzia dell'adeguato acceso dall'esterno, al personale che possegga tutti i seguenti requisiti:
   a) risulti titolare, successivamente alla data del 28 agosto 2015 (data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015), di un contratto di lavoro flessibile presso l'amministrazione che bandisce il concorso;

1

b) abbia maturato, alla data del 31 dicembre 2017, almeno tre anni di contratto, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, presso l'amministrazione che bandisce il concorso.

L'art. 20 disciplina ulteriori aspetti delle procedure prima descritte:

- esse devono essere sviluppate in coerenza con il contenuto del Piano triennale dei fabbisogni di cui all'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001 e a seguito dell'indicazione della relativa copertura finanziaria;
- ai fini della partecipazione alle procedure non rileva il servizio prestato negli uffici di diretta collaborazione degli organi politici (norma non di interesse per le amministrazioni del SSR);
- esse non trovano applicazione per i contratti di somministrazione di lavoro presso le pubbliche amministrazioni;
- esse si applicano anche al personale dirigenziale medico e tecnico-professionale del SSN (come previsto dal comma 11, per effetto delle modifiche introdotte dall'art. 1, comma 813, della Legge n. 205/2017);
- per il personale dirigenziale medico e tecnico professionale del SSN, il requisito dei 3 anni di lavoro negli ultimi 8 (per la partecipazione alle procedure di cui al comma 1 e 2), non deve essere necessariamente maturato nell'amministrazione che bandisce il concorso, ma anche presso diverse amministrazioni del SSN;
- il requisito dei tre anni di lavoro negli ultimi 8, per le amministrazioni interessate da processi di riordino, soppressione o trasformazione, con conseguente transito di personale, si determina anche considerando il requisito maturato presso l'amministrazione di provenienza (tale disposizione, contenuta nel comma 13, dovrà trovare applicazione, ad esempio, a favore del personale che ha maturato una esperienza professionale nelle aziende interessate dai processi organizzativi di riordino che hanno coinvolto le aziende sanitarie di Reggio Emilia e della Romagna);
- il divieto, per le amministrazioni che si avvalgono delle procedure in esame, di instaurare ulteriori rapporti di lavoro flessibile per le professionalità interessate fino al termine delle procedure;
- la possibilità di prorogare i corrispondenti rapporti di lavoro flessibile con i soggetti che partecipano alle procedure di cui ai commi 1 e 2, fino alla loro conclusione.

Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con le circolari n. 3 del 23 novembre 2017 e n. 1 del 9 gennaio 2018, ha fornito alle p.a. indirizzi operativi in materia di valorizzazione dell'esperienza professionale del personale con contratto di lavoro flessibile e superamento del precariato.

In particolare, il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ha definito i seguenti indirizzi operativi:

- ha ammesso la possibilità, da parte delle p.a., di programmare ed implementare le procedure di stabilizzazione anche prima dell'adozione del nuovo Piano triennale dei fabbisogni, redatto in applicazione dell'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001 (come riformulato dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017) e secondo le linee di indirizzo adottate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione a seguito di intesa con la Conferenza Unificata di cui all'art. 6-*ter* del D.Lgs. n. 165/2001;
- ha definito il requisito del "reclutamento tramite procedura concorsuale" di cui all'art. 20, comma 1, lett. b), facendo riferimento all'assunzione a tempo determinato attraverso "una graduatoria, a tempo determinato o indeterminato, riferita ad una procedura concorsuale – ordinaria, per esami e/o titoli, ovvero anche prevista in un normativa di legge – in relazione alle medesime attività svolte e intese come mansioni dell'area o categoria professionale di appartenenza, procedura anche espletata da amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione";
- ha chiarito il requisito di cui all'art. 20, comma 2, lettera a) ("risulti titolare, successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015, di un contratto di lavoro flessibile presso l'amministrazione che bandisce il concorso"), osservando che la norma ha un ambito di applicazione soggettivo più ampio di quella dettata dal comma 1, tale da ricomprendere i titolari di varie tipologie di contratto flessibile, quali ad esempio le collaborazioni coordinate e continuative;
- ha precisato i criteri per la rilevazione del requisito riferito alla maturazione, alla data del 31/12/2017, presso la stessa amministrazione (fatta salva la norma speciale per il personale tecnico-professionale e infermieristico del SSN, già richiamata in premessa), di almeno tre anni di servizio/contratto, anche non

2

continuativi, previsto dall'art. 20, commi 1 e 2, chiarendo che i servizi utili da conteggiare ricomprendono tutti i rapporti di lavoro, anche se prestati con diverse tipologie di contratto flessibile, purché relative ad attività svolte o riconducibili alla medesima area o categoria professionale;

- ha rilevato che la normativa speciale riferita al "personale tecnico-professionale e infermieristico" del SSN, di cui al comma 11, è riferita al "personale direttamente adibito allo svolgimento delle attività che rispondono all'esigenza, prescritta dalla norma, di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari"; tenuto conto di questa precisazione, appare ragionevole interpretare la norma speciale che prevede l'applicazione delle procedure speciali di reclutamento di cui all'art. 20, comma 1 e 2, anche al personale dirigenziale medico e tecnico-professionale del SSR, a fronte della sua finalità, come riferita a tutti i profili professionali dirigenziali medici e del ruolo sanitario. Per quanto riguarda gli altri ruoli professionali si attendono ulteriori approfondimenti;
- ha circoscritto il divieto di attivare nuovi contratti di lavoro flessibile esclusivamente alle professionalità e alle posizioni oggetto delle procedure di cui all'art. 20;
- ha ammesso la possibilità di procedere al rinnovo o alla proroga dei contratti di lavoro flessibili (che la norma prevede per i partecipanti alle procedure di stabilizzazione) anche prima dell'avvio delle procedure stesse, al fine di garantire la continuità dei servizi.

***

Tutto ciò premesso, le parti ritengono opportuno condividere i seguenti obiettivi generali, verso la cui realizzazione orientare le politiche del personale delle aziende ed enti del SSR per il triennio 2018/2020, con riferimento ai profili professionali della dirigenza medica e sanitaria del SSR:

1. la programmazione regionale di innovazione e qualificazione del SSR è orientata verso la realizzazione di politiche occupazionali dirette a favorire l'acquisizione di condizioni lavorative continuative e stabili, che contribuiscano alla qualità della vita dei lavoratori, contrastando le forme di precarizzazione del lavoro;
2. in questo senso vanno richiamati gli accordi già sottoscritti con le OO.SS. in materia di innovazione e qualificazione del SSR, con particolare riferimento all'accordo del 19 settembre 2016 e al successivo protocollo del 28 novembre 2017 (che individua, per il triennio 2017-2019, un obiettivo di riduzione del lavoro atipico oneroso dell'80%), e le correlate politiche aziendali di attuazione;
3. le disposizioni contenute nell'art. 20 del D.Lgs. 75/2017 costituiscono una ulteriore opportunità da cogliere, al fine di favorire la stabilizzazione delle posizioni di lavoro facenti riferimento allo svolgimento di attività istituzionali aventi natura continuativa e coperte attraverso il ricorso a contratti a tempo determinato e/o di natura flessibile, in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato; l'obiettivo che le parti si propongono di raggiungere è quello di sviluppare nella misura più ampia ed efficace possibile, ad eventuale integrazione e in coerenza con le programmazioni aziendali dei fabbisogni, gli obiettivi perseguiti dalla disciplina legislativa in esame;
4. al fine di raggiungere l'obiettivo prima richiamato, le aziende e gli enti del SSR della Regione Emilia-Romagna, nelle more dell'adozione del Piano triennale dei fabbisogni ed in coerenza con quelli che saranno i suoi contenuti, definiscono per il triennio 2018-2020, un piano di interventi straordinari volto al superamento del precariato e alla valorizzazione dell'esperienza professionale, attraverso il ricorso, in via prioritaria, alle procedure di reclutamento speciali disciplinate dall'art. 20, comma 1, del D.Lgs. 75/2017; per quanto attiene invece alle procedure di reclutamento speciale disciplinate dall'art. 20, comma 2, del D.Lgs. 75/2017, esse potranno essere implementate in coerenza con i contenuti del Piano triennale dei fabbisogni per il triennio 2018-2020 e successivamente alla emanazione delle propedeutiche linee di indirizzo;
5. a questo fine le aziende e gli enti del SSR, in attesa della definizione del piano triennale dei fabbisogni, dovranno operare una ricognizione del personale potenzialmente interessato alla partecipazione alle procedure disciplinate dal predetto art. 20, comma 1, e quindi procedere alla individuazione, in relazione alle esigenze di professionalità da reclutare, delle posizioni di lavoro da assumere a tempo indeterminato attraverso le procedure in esame, nell'arco del triennio 2018/2020;

3

6. nell'ambito delle procedure di stabilizzazione in esame dovranno essere previste adeguate forme di valorizzazione del servizio prestato con rapporti di lavoro di natura flessibile all'interno delle aziende ed enti del SSR della Regione Emilia-Romagna;
7. le risorse economiche per il perseguimento delle politiche di stabilizzazione, dovranno essere individuate dalle risorse già impiegate a copertura dei costi dei rapporti di natura flessibile (a fronte della relativa cessazione); resta fermo, come chiarito dalla circolare n.1/2018 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, che il trattamento economico accessorio del personale assunto a seguito delle procedure in esame, "graverà esclusivamente sul fondo calcolato ai sensi della normativa vigente e nel limite previsto dall'articolo 23, comma 2, del D.Lgs. 75/2017";
8. con specifico riferimento alla procedura speciale di stabilizzazione di cui al comma 1 dell'art. 20 si condividono le seguenti prime linee applicative:
   a) l'avvio della procedura avviene attraverso specifico avviso pubblico aziendale, il quale indicherà le modalità e i termini per la presentazione della domanda di partecipazione da parte del personale in possesso dei requisiti; l'avviso dovrà riportare quanto previsto dal comma 12 dell'articolo in esame, secondo cui ha priorità di assunzione il personale in servizio alla data di entrata in vigore del D.Lgs. 75/2017 (22 giugno 2017) e dovrà inoltre indicare gli ulteriori criteri per definire l'ordine di assunzione a tempo indeterminato, assicurando adeguata valorizzazione al criterio della esperienza maturata, nella medesima attività, in aziende ed enti del SSR della Regione Emilia-Romagna;
   b) dovrà essere pienamente garantito il rispetto della normativa concorsuale in materia di requisiti di ammissione per i profili professionali interessati;
   c) al fine di orientare prioritariamente le procedure in esame verso l'acquisizione da parte del personale precario di condizioni lavorative continuative e stabili, le aziende dovranno valutare la previsione all'interno dell'avviso pubblico, come requisito specifico di partecipazione, del fatto di non essere già titolare di un contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato in profilo dirigenziale, alla data di pubblicazione dell'avviso, presso una p.a.;
9. le aziende valutano la possibilità di avvalersi, per la copertura delle posizioni di lavoro connesse ad attività istituzionali di natura stabile, della facoltà di prorogare i contratti di lavoro a tempo determinato e flessibile in essere con i soggetti che hanno i requisiti per la partecipazione alle procedure disciplinate dall'art. 20.

Le parti, infine, condividono la costituzione di un Osservatorio regionale bilaterale, per valutare congiuntamente l'evoluzione del quadro normativo ed interpretativo, definire le necessarie integrazioni al presente protocollo e monitorare l'implementazione delle politiche aziendali nella materia in esame.

Letto, approvato e sottoscritto.

Bologna, 4 Maggio 2018

STEFANO BONACCINI

CISL MEDICI
CISL FUNZIONE PUBBLICA
CGIL MEDICI
FASSID
FASSID-SNR
AAROI-EMAC
ANAAO-ASSOMED
UIL medici
FP SMI FP D
ANPO, ASCOTI, FIALS MEDICI :

L'ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE
Sergio Venturi

4

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data - 2 MAR. 2018 Protocollo N° 81700 Class: a01 Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: Articolo 20 del D.Lgs. n. 75/2017 "Superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni".

Ai Sigg.ri Direttori Generali
delle Aziende UU.LL.SS.SS.
del Veneto
LORO SEDI

Al Signor Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera di
PADOVA

Al Signor Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera Universitaria
Integrata di
VERONA

Al Signor Direttore Generale
dell'Istituto Oncologico Veneto
PADOVA

Al Signor Direttore Generale
dell'ARPAV
PADOVA

Al Signor Commissario
di Azienda Zero
PADOVA

Il D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75 in attuazione della legge 7 agosto 2015, n. 124, ha novellato in varie parti il D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, prevedendo anche alcune disposizioni transitorie e finali, tra le quali quelle contenute nell'articolo 20, riguardanti il superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni.

Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione con la circolare n. 3/2017 ha fornito indirizzi operativi sulla disciplina contenuta nel citato articolo 20 e negli articoli 5 e 6 dello stesso D.Lgs. 75/2017, che hanno apportato modifiche, rispettivamente, all'articolo 35 ed all'articolo 36 del D.Lgs. 165/2001.

Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia – tel. n. 041/2793434 – 3488 – 3550
e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

La Legge n. 205/2017 ha integrato l'articolo 20 del D.Lgs. 75/2017 con una serie di disposizioni. In particolare, con riferimento specifico agli enti del SSN, il comma 813 ha modificato il comma 11 dell'articolo 20 del D.Lgs. 75/2017, estendendo al personale dirigenziale di cui al precedente comma 10 le procedure di stabilizzazione previste dai commi 1 e 2 dello stesso articolo 20.

A seguito di queste ultime modifiche legislative il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ha adottato la circolare n. 1/2018.

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con documento adottato in data 15 febbraio 2018 (di cui si allega copia) ha formulato indicazioni per l'applicazione dell'articolo 20 del D.Lgs. 75/2017 e delle circolari n. 3/2017 e n. 1/2018 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione.

Al riguardo si invitano le SS.LL. a dare applicazione alle disposizioni del più volte richiamato articolo 20 del D.Lgs. 75/2017, come modificato ed integrato dalla L. 205/2017, tenendo conto delle indicazioni fornite dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione e dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome.

Il documento delle Regioni e delle Province Autonome, peraltro, con riferimento specifico alla stabilizzazione del personale precario in via diretta ai sensi del comma 1 dell'articolo 20, prevede che le Regioni possano, anche alla luce dei principi enunciati nel tempo dalla Corte Costituzionale, formulare ulteriori indicazioni nei confronti delle aziende ed enti del SSN in ordine alle tipologie di procedure concorsuali idonee a consentire l'inquadramento nei ruoli di coloro che sono inseriti nelle relative graduatorie.

Nel documento in parola si legge poi che "*Tali eventuali indicazioni saranno poste anche a tutela delle legittime aspettative dei soggetti interessati (il cui inquadramento in ruolo, in mancanza dei presupposti e a seguito di possibili azioni giudiziarie, rischierebbe di essere dichiarato nullo), i quali potranno in ogni caso concorrere, avendone i requisiti, alle procedure concorsuali riservate ai titolari di contratti di lavoro flessibile di cui al comma 2 dell'articolo 20*".

In proposito corre l'obbligo di evidenziare che la giurisprudenza della Corte Costituzionale ha costantemente affermato che *"il previo superamento di qualsiasi selezione pubblica è requisito troppo generico per autorizzare una successiva stabilizzazione senza concorso, perché tale previsione non garantisce che la previa selezione abbia natura concorsuale e sia riferita alla tipologia e alle funzioni che il personale successivamente stabilizzato è chiamato a svolgere"*(sentenze n. 137/2013, n. 235/2010, n. 293/2009). L'enunciazione di siffatto principio porta pertanto a ritenere non utilizzabili, ai fini della stabilizzazione di cui al comma 1, le graduatorie di avviso pubblico per soli titoli, ancorchè tale possibilità sia contemplata dalla circolare 3/2017.

Il documento delle Regioni e delle Province Autonome precisa altresì che "*al di là dell'espressione atecnica utilizzata dal legislatore, il personale dirigenziale destinatario delle procedure di stabilizzazione e il personale del comparto la cui anzianità di servizio può essere conteggiata, ai sensi del comma 11 del decreto, anche se maturata presso diverse amministrazioni del servizio sanitario nazionale, è il personale del ruolo sanitario. Ad esso, con riferimento specifico al personale destinatario della previsione del citato comma 11 dell'articolo 20, si ritiene debba essere equiparato il personale del Comparto appartenente al ruolo tecnico ma operante in stretta correlazione*

Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia – tel. n. 041/2793434 – 3488 – 3550
e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

al personale sanitario, atteso che la finalità è quella di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari".

Con riferimento specifico a quest'ultimo periodo si ritiene che il personale del ruolo tecnico del Comparto equiparabile al personale sanitario, ai sensi del comma 11 dell'articolo 20, sia costituito solo dagli operatori socio sanitari e dagli operatori tecnici autisti di ambulanza. Ciò in coerenza con quanto precisato dal Ministero della Salute con nota prot. n. 0055338 del 16.11.2016 che, condividendo la posizione in materia assunta dal coordinamento tecnico della Commissione Salute, ha individuato solo i profili citati tra quelli equiparabili al ruolo sanitario in rapporto alla locuzione "tecnico professionale", utilizzata in relazione alle procedure di reclutamento speciale previste dall'articolo 1, comma 543, della L. 208/2015 (Legge di stabilità 2016). Si sottolinea al riguardo che il comma 11 dell'articolo 20 fa riferimento, per il rinvio operato al precedente comma 10, proprio alle disposizioni dell'articolo 1, comma 543, della L. 208/2015.

Naturalmente, la predetta limitazione è funzionale solo all'individuazione del personale la cui anzianità di servizio può essere conteggiata anche se maturata presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale. Infatti, tutto il personale del Comparto in possesso dei requisiti di cui al commi 1 e 2 è stabilizzabile, ma quello appartenente ai profili non riconducibili al ruolo sanitario ovvero a quelli di OSS e operatore tecnico autista di ambulanze dovrà aver maturato l'anzianità di servizio utile con rapporto di dipendenza, ovvero l'esperienza professionale con rapporto di lavoro flessibile, presso l'azienda che dispone l'assunzione diretta ai sensi del comma 1, oppure bandisce il concorso riservato ai sensi del comma 2.

Si evidenzia altresì che, non precisando nulla l'articolo 20, i periodi di anzianità di servizio con rapporto di lavoro subordinato ovvero l'esperienza professionale negli altri rapporti di lavoro flessibile (ivi compresi quelli riconducibili alle previsioni dell'articolo 7, comma 6 del D.Lgs. 165/2001) andranno considerati, per quanto concerne i requisiti di ammissione, indipendentemente dalla durata dell'orario (giornaliero/settimanale/mensile) prestato, sia per le procedure di cui al comma 1 che per quelle di cui al comma 2.

Si precisa poi che l'anzianità di servizio o l'esperienza professionale di cui al comma 1, lett. c) ed al comma 2, lett. b) dell'art. 20 devono essere integralmente maturate nel profilo oggetto delle procedure di stabilizzazione, se relative a rapporti di lavoro dipendente e nello svolgimento di attività riconducibili al profilo stesso, per le altre tipologie di rapporto di lavoro flessibile.

Alla luce delle disposizioni recate dal novellato comma 11 dell'articolo 20 e delle precisazioni fornite dalla circolare ministeriale n. 3/2017, oltre che dal documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 15 febbraio 2018, il personale dirigenziale stabilizzabile è solo quello appartenente al ruolo sanitario o che era titolare di rapporti di lavoro flessibile che comportavano lo svolgimento di attività riconducibili ai profili dirigenziali del ruolo sanitario. L'anzianità di servizio o l'esperienza professionale potranno essere conteggiate anche se maturate presso altri enti del SSN.

Si raccomanda di provvedere sempre, prima di avviare le procedure di stabilizzazione, ivi comprese quelle di cui al comma 1 dell'articolo 20, alla pubblicazione di appositi avvisi in modo da consentire a tutti coloro che ne abbiano titolo ed interesse di parteciparvi.

Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia – tel. n. 041/2793434 – 3488 – 3550
e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Considerato, in particolare, che i soggetti in possesso dei requisiti di stabilizzazione e che presenteranno domanda di partecipazione alle relative procedure potrebbero essere in numero superiore rispetto al numero di posti ricopribili con le procedure di reclutamento speciale, ciascuna azienda dovrà, negli avvisi relativi alle procedure di cui al comma 1, individuare specifici criteri di priorità.

Il primo criterio che dovrà essere preso in considerazione in questi ultimi avvisi sarà quello previsto dal comma 12 dell'articolo 20, secondo cui ha priorità il personale in servizio alla data dell'entrata in vigore del D.Lgs. 75/2017 (22 giugno 2017). Si ritiene che il personale cui la norma fa riferimento sia quello in servizio presso l'amministrazione che ha avviato le procedure di stabilizzazione.

Quali successivi criteri di priorità saranno prese in considerazione l'anzianità di servizio con rapporto di lavoro dipendente ovvero l'esperienza professionale maturata con gli altri rapporti di lavoro flessibile eccedenti i tre anni e maturate negli otto anni precedenti al 31 dicembre 2017. Si tratta di criteri di priorità valutabili come titoli anche nei concorsi riservati di cui al comma 2.

Si invitano, inoltre, le SS.LL. a bandire, per quanto riguarda le procedure di cui al comma 1, un unico avviso relativo alle stabilizzazioni relative al triennio 2018-2020, avendo cura di precisare nello stesso, per ogni profilo, il numero di unità stabilizzabili in ciascun anno.

Gli avvisi di cui sopra ed i bandi di concorso riservato potranno essere banditi subordinatamente al rilascio dell'autorizzazione alle relative assunzioni da parte dell'Area Sanità e Sociale. Le richieste andranno inserite nei piani trimestrali di assunzioni, previa adozione del piano triennale dei fabbisogni adottato a seguito delle linee di indirizzo del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di cui all'articolo 6-ter, comma 1, del D.Lgs. 165/2001. Tali richieste dovranno essere motivate in relazione alle disposizioni contenute nell'articolo 20 del D.Lgs.75/2017, agli indirizzi operativi di cui alle circolari ministeriali n. 3/2017 e n. 1/2018, al documento delle Regioni e delle province Autonome del 15 febbraio 2018 ed alle indicazioni fornite con la presente nota.

Le procedure concorsuali riservate di cui al comma 2 dell'articolo 20 saranno indette e gestite dalle singole aziende, e non da Azienda Zero, disponendo (o potendo disporre) le stesse di tutta la documentazione relativa ai requisiti di accesso prescritti dalla norma.

Le anzidette procedure, ancorchè riservate, dovranno essere conformi, per ogni profilo, alla vigente normativa disciplinante le assunzioni a tempo indeterminato nel SSN.

E' poi appena il caso di precisare che anche nelle assunzioni "dirette" di cui al comma 1 dell'articolo 20 il personale, per poter essere assunto a tempo indeterminato, dovrà essere in possesso dei requisiti di accesso per singoli profili previsti dalla predetta normativa.

Essendo le procedure di stabilizzazione dirette al superamento del precariato, non potranno essere assunti a tempo indeterminato, ai sensi dei commi 1 e 2, coloro che siano già titolari di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato in profilo equivalente o superiore a quello oggetto delle stesse procedure.

Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia – tel. n. 041/2793434 – 3488 – 3550
e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Non sono altresì conteggiabili ai fini della realizzazione dei requisiti di accesso di cui al comma 1, lett.c) ed al comma 2, lett. b) i periodi di servizio effettuati in posizione dirigenziale ex articolo 15 septies del D.Lgs. 502/1992, per le ragioni indicate nella D.G.R. n. 1614 del 19 novembre 2015, alla quale si rinvia, concernente le procedure di stabilizzazione di cui al DPCM 6 marzo 2015 (*disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità*).

Con la presente nota sono state impartite le indicazioni operative previste dalla lettera K) della D.G.R. n. 2176 del 29 dicembre 2017 per l'attivazione delle procedure di stabilizzazione di cui all'articolo 20 del D. Lgs. 75/2017.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
Area Sanità e Sociale
Dr. *Domenico Mantoan*

Allegato: Documento delle Regioni e delle Province Autonome prot. 18/21/CR5/C1-C7 del 15 febbraio 2018.

Direzione Risorse Strumentali SSR
Direttore di Direzione: Dott. Claudio Costa
Unità Organizzativa Personale e Professioni SSR
Direttore di UO: Dott.ssa Maria Martelli
Referente: Giorgio Rizzardi
☎ 041/27935480 – 🖷 041/2793503
✉ personale: giorgio.rizzardi@regione.veneto.it
✉ istituzionale: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it
✉ PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale
Direzione Risorse Strumentali SSR
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia – tel. n. 041/2793434 – 3488 – 3550
e-mail: risorsestrumentalissr@regione.veneto.it
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

18/21/CR5/C1-C7

Documento sull'applicazione dell'articolo 20 del D.Lgs. 75/2017 e delle circolari n. 3/2017 e n. 1/2018 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione in materia di superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni

Si espongono di seguito alcune indicazioni, condivise dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, in ordine all'applicazione da parte delle Regioni, delle agenzie ed enti strumentali e delle aziende ed enti del SSN delle disposizioni di cui all'articolo 20 del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75 rubricato *"Superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni"*, anche alla luce degli indirizzi operativi in materia emanati dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione con circolari n. 3/2017 e n.1/2018. In particolare si intende fornire un ulteriore contributo utile alla definizione di criteri di priorità per orientare le scelte delle amministrazioni, anche al fine di una omogenea e coerente applicazione delle procedure di stabilizzazione da parte delle Regioni e, quindi, delle agenzie ed enti strumentali e delle aziende ed enti del SSN.

Articolo 20, commi 1 e 2 del D.Lgs. 75/2017 e Paragrafo 3.2.1 della circolare n. 3/2017

I commi 1 e 2 del D.lgs. 75/2017 stabiliscono quanto segue:

"1. Le amministrazioni, al fine di superare il precariato, ridurre il ricorso ai contratti a termine e valorizzare la professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, possono, nel triennio 2018-2020, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di cui all'articolo 6, comma 2, e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria, assumere a tempo indeterminato personale non dirigenziale che possegga tutti i seguenti requisiti:

a) risulti in servizio successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 con contratti a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione o, in caso di amministrazioni comunali che esercitino funzioni in forma associata, anche presso le amministrazioni con servizi associati; [3]

b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;

c) abbia maturato, al 31 dicembre 2017, alle dipendenze dell'amministrazione di cui alla lettera a) che procede all'assunzione, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni [4].

2. Nello stesso triennio 2018-2020, le amministrazioni, possono bandire, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di cui all'articolo 6, comma 2, e ferma restando la garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, previa indicazione della relativa copertura finanziaria, procedure concorsuali riservate, in misura non superiore al cinquanta per cento dei posti disponibili, al personale non dirigenziale che possegga tutti i seguenti requisiti:

a) risulti titolare, successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015, di un contratto di lavoro flessibile presso l'amministrazione che bandisce il concorso;

b) abbia maturato, alla data del 31 dicembre 2017, almeno tre anni di contratto, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, presso l'amministrazione che bandisce il concorso.

La circolare ministeriale n. 3/2017 al punto 1, sub b) afferma che l'articolo 20, comma 1, del D.Lgs. 75/2017 prevede tra i requisiti necessari per l'assunzione a tempo indeterminato che l'interessato "*sia stato assunto a tempo determinato attingendo ad una graduatoria, a tempo determinato o indeterminato, riferita ad una procedura concorsuale – ordinaria, per esami e/o titoli o anche prevista in una normativa di legge - in relazione alle medesime attività, svolte e intese come mansioni dell'area o categoria professionale di appartenenza, procedura anche espletata da amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione*".

In proposito, per procedure concorsuali vanno intese tutte le procedure caratterizzate dall'emanazione di un bando, dalla valutazione comparativa dei candidati e dalla compilazione finale di una graduatoria di merito. Se ne potrebbe dedurre che la locuzione "procedure concorsuali" utilizzata dall'articolo 20, comma 1, comprenda anche le graduatorie di avviso dirette all'assunzione di personale a tempo determinato.

Con riferimento specifico all'aspetto sostanziale della stabilizzazione del personale precario senza concorso (è il caso del comma 1 dell'articolo 20), le Regioni, anche alla luce dei principi enunciati nel tempo dalla Corte Costituzionale, potranno formulare ulteriori indicazioni nei confronti delle agenzie e degli enti strumentali, delle aziende e degli enti del SSN, in ordine alle tipologie di procedure concorsuali idonee a consentire l'inquadramento nei ruoli di coloro che sono inseriti nelle relative graduatorie.

2

Tali valutazioni sono poste anche a tutela delle legittime aspettative dei soggetti interessati (il cui inquadramento in ruolo, in mancanza dei presupposti e a seguito di possibili azioni giudiziarie, rischierebbe di essere dichiarato nullo), i quali potranno in ogni caso concorrere, avendone i requisiti, alle procedure concorsuali riservate ai titolari di contratti di lavoro flessibile di cui al comma 2 dell'articolo 20.

Al punto 3.2.1, punto 1, sub c), la circolare 3/2017, dopo aver riportato il testo legislativo laddove prescrive che gli interessati per poter aver titolo a partecipare alle procedure di reclutamento speciale devono aver maturato, al 31 dicembre 2017, alle dipendenze della stessa amministrazione che procede all'assunzione, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi negli ultimi otto anni, aggiunge che "*gli anni utili da conteggiare ricomprendono tutti i rapporti di lavoro prestato direttamente con l'amministrazione, anche con diverse tipologie di contratto flessibile*.....". Questa precisazione, come esplicitato al punto 2, secondo paragrafo della circolare 1/2018, è orientata a valorizzare la portata sostanziale della formulazione, diretta a considerare situazioni che hanno visto il ricorso a rapporti di collaborazione per lo svolgimento di attività di fatto sostanzialmente assimilabili a quelle svolte da lavoratori subordinati (e che ha portato il legislatore ad introdurre il divieto di stipulare contratti di collaborazione che si concretano in prestazioni di lavoro esclusivamente personali, continuative e le cui modalità di esecuzione siano organizzate dal committente anche con riferimento ai tempi e al luogo di lavoro).

Si ritiene, pertanto, che gli anni da conteggiare ai fini della maturazione del requisito di cui all'articolo 20, comma 1, punto c) del comma 1 siano, come indicato dalla circolare n. 3/2017, oltre a quelli maturati con rapporto di lavoro dipendente, tutti i rapporti di lavoro flessibile, ivi compresi i contratti riconducibili alla previsione di cui all'articolo 7, comma 6 del D.Lgs. 165/2001.

La circolare precisa altresì, con riferimento ai concorsi riservati di cui all'articolo 20, comma 2, che tra i titolari di rapporto di lavoro flessibile che possono essere ricompresi nel reclutamento speciale transitorio per il triennio 2018-2020 vi sono "i titolari di varie tipologie di contratti di lavoro flessibile, quali ad esempio anche le collaborazioni coordinate e continuative". Nel convenire con tale precisazione, in considerazione anche che la legislazione nazionale ha spesso e in modo espresso assimilato le Co.Co.Co. ai rapporti di lavoro flessibile (si veda ad esempio l'articolo 2, comma 71 della L. 191/2009), si ritiene di precisare ulteriormente che devono considerarsi destinatari della norma anche tutti i soggetti titolari di rapporti di lavoro autonomo che, come le

Co.Co.Co., trovano la propria fonte di legittimazione nell'articolo 7, comma 6 del D.Lgs. 165/2001.

Proroga dei rapporti di lavoro – Articolo 20, comma 8 del D.Lgs. 75/2017 e paragrafo 3.2.6 della circolare

Il comma 8 dell'articolo 20 stabilisce che le amministrazioni possono prorogare i corrispondenti rapporti di lavoro flessibile con i soggetti che partecipano alle procedure di cui ai commi 1 e 2, fino alla loro conclusione, nei limiti delle risorse disponibili ai sensi dell'articolo 9, comma 28, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n.122.

La circolare 3/2017, dopo aver ribadito che la proroga in deroga alla disciplina del D.lgs. 81/2014 (rectius 2015) è consentita per coloro che partecipano alle procedure dell'articolo 20 "*in quanto chiaramente destinatari di misura volta al superamento del precariato*" subito dopo aggiunge che "*ove le amministrazioni intendano accedere alle procedure di reclutamento speciale in esame, a partire dal 2018, essendo in grado di indicare le professionalità da reclutare secondo risorse e fabbisogni, appare ragionevole, che, al fine di garantire la continuità dei servizi, possano procedere al rinnovo o alla proroga dei corrispondenti contratti in essere, nel rispetto dei limiti e dei requisiti di legge, anche prima di iniziare le suddette procedure*".

Pare opportuno al riguardo che le eventuali proroghe o rinnovi dei contratti di lavoro in essere siano precedute almeno da una manifestazione di volontà delle amministrazioni di avviare le procedure di stabilizzazione, la quale potrà opportunamente prevedere un avviso con il quale si chiede di formulare una richiesta di interesse alla stabilizzazione da parte del personale avente titolo.

Enti del Servizio Sanitario Nazionale. Articolo 20, comma 11 del D.Lgs. 75/2017, articolo 1, comma 813 della L. 205/2017 e paragrafo 3.2.8 della circolare

La circolare precisa che i commi 1 e 2 dell'articolo 20 si applicano a tutto il personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale e con le stesse modalità previste per il restante personale. Appare pertanto chiarito che alle procedure di stabilizzazione può partecipare il personale del Comparto di tutti i ruoli, compreso quello amministrativo.

Successivamente, dopo aver riportato il richiamo operato dal comma 10 dell'articolo 20 alle previsioni dell'articolo 1, comma 543, della legge 208/2015 riguardanti il personale medico, tecnico professionale e infermieristico del Servizio sanitario nazionale, "*dirigenziale e non*", la circolare afferma che *"il suddetto personale, in quanto personale direttamente adibito allo svolgimento delle attività che rispondono all'esigenza, prescritta dalla norma, di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, è consentito il ricorso anche alle procedure di cui all'articolo 20 e per il personale tecnico professionale e infermieristico il requisito del periodo di tre anni di lavoro negli ultimi otto anni, previsto dall'articolo 20, commi 1 lettera c) e 2, lettera b) può essere conseguito anche presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale".*

Pertanto, secondo la circolare è stabilizzabile anche il personale dirigenziale medico e tecnico professionale.

Tale interpretazione è stata legittimata ex post dall'articolo 1, comma 813 della L. 205/2017 (legge di bilancio 2018) che recita *"All'articolo 20, comma 11, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, le parole: « tecnico-professionale e infermieristico del Servizio sanitario nazionale » sono sostituite dalle seguenti: « , dirigenziale e no, di cui al comma 10 ».*

Sono quindi destinatari delle procedure straordinarie di reclutamento di cui ai commi 1 e 2, oltre al personale del comparto, il personale medico e il personale dirigenziale "tecnico professionale".

In merito all'individuazione del personale tecnico-professionale (compreso quello dirigenziale), la circolare precisa, come sopra riportato, che tale è quello "*direttamente adibito allo svolgimento delle attività che rispondono all'esigenza, prescritta dalla norma, di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari*". Ne consegue che, al di là dell'espressione atecnica utilizzata dal legislatore, il personale dirigenziale destinatario delle procedure di stabilizzazione e il personale del comparto la cui anzianità di servizio può essere conteggiata, ai sensi del comma 11 del decreto, anche se maturata presso diverse amministrazioni del servizio sanitario nazionale, è il personale del ruolo sanitario. Ad esso, con riferimento specifico al personale destinatario della previsione del citato comma 11 dell'articolo 20, si ritiene debba essere equiparato il personale del comparto appartenente al ruolo tecnico ma operante in stretta correlazione al personale sanitario, atteso che la finalità è quella di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari.

Utilizzo delle graduatorie di concorso riservato

L'articolo 20, comma 2, nulla dice circa la durata dell'efficacia delle graduatorie di concorso riservato, né la circolare ministeriale fornisce indicazioni al riguardo. Questa Conferenza ritiene che tali graduatorie possano essere utilizzate per tutto il triennio 2018-2020 durante il quale le amministrazioni possono espletare le procedure di reclutamento speciale previste dall'articolo 20.

Roma, 15 febbraio 2018

Tabella assunzioni

ANNO 2017

ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO

		DIRIGENZA MEDICO/VETERINARIA		DIRIGENZA MEDICO/ VETERINARIA Totale	DIRIGENZA SPTA								Totale complessivo
		SANITARIO			SANITARIO						SANITARIO Totale	PTA Totale	
CODazienda	AZIENDA	DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE VETERINARIO		DIRIGENTE BIOLOGO	DIRIGENTE FARMACISTA	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	DIRIGENTE PSICOLOGO	DIRIGENTE FISICO	DIRIGENTE CHIMICO			
101	Ausl Piacenza	54		54	7				1		8		62
102	Ausl Parma	24	3	27								2	28
103	Ausl Reggio Emilia	70		70	5			1			6		76
104	Ausl Modena	52	2	54		5		1	7		13	1	68
105	Ausl Bologna	74	1	75	5	5			9		19	9	100
106	Ausl Imola	29		29		1					1		30
109	Ausl Ferrara	24	1	25		2			1		3		28
114	Ausl Romagna	189	1	190	6	4			2		12	2	203
902	AOU Parma	16		16				1			1		17
904	AOU Modena	41		41									41
908	AOU Bologna	45		45									45
909	AOU Ferrara	30		30		1					1		31
960	IOR	11		11									11
Totale complessivo		**659**	**8**	**667**	**23**	**18**	**3**	**20**	**0**	**0**	**64**	**14**	**740**

DI CUI STABILIZZAZIONI

		DIRIGENZA MEDICO/VETERINARIA		DIRIGENZA MEDICO/ VETERINARIA Totale	DIRIGENZA SPTA								Totale complessivo
		SANITARIO			SANITARIO						SANITARIO Totale	PTA Totale	
CODazienda	AZIENDA	DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE VETERINARIO		DIRIGENTE BIOLOGO	DIRIGENTE FARMACISTA	DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	DIRIGENTE PSICOLOGO	DIRIGENTE FISICO	DIRIGENTE CHIMICO			
101	Ausl Piacenza	24		24	2						2		26
102	Ausl Parma	12		12									12
103	Ausl Reggio Emilia	51		51	2			1			3		54
104	Ausl Modena	10		10		4			2		6	1	17
105	Ausl Bologna	42	1	43	4	2			8		14	2	62
106	Ausl Imola	19		19									19
109	Ausl Ferrara	9	1	10									10
114	Ausl Romagna	120	1	121	5	4					9		131
902	AOU Parma												
904	AOU Modena	15		15									15
908	AOU Bologna	23		23									23
909	AOU Ferrara	19		19									19
960	IOR	3		3									3
Totale complessivo		**341**	**3**	**344**	**13**	**10**	**1**	**10**	**0**	**0**	**34**	**3**	**391**

Tabella assunzioni

CESSAZIONI

		DIRIGENZA MEDICO/VETERINARIA SSN SANITARIO		DIRIGENZA MEDICO/ VETERINARIA SSN Totale	DIRIGENZA S.P.T.A. SSN SANITARIO						SANITARIO Totale	PTA Totale	Totale complessivo
CODaziend	DSAZIE	DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE VETERINARIO		DIRIGENTE BIOLOGO	DIRIGENTE FARMACISTA	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	DIRIGENTE PSICOLOGO	DIRIGENTE FISICO	DIRIGENTE CHIMICO			
101	Ausl Piacenza	41	3	44					3	1	4	4	52
102	Ausl Parma	16	6	22			1		1		2		24
103	Ausl Reggio Emilia	70	6	76	2				1		3	2	81
104	Ausl Modena	63	4	67	2	2			4		8	3	78
105	Ausl Bologna	83	3	86	1	4			1		6	3	95
106	Ausl Imola	22		22		1					1		23
109	Ausl Ferrara	17		17		3			4	1	8	1	26
114	Ausl Romagna	128	6	134	3	5	2		3	2	15	4	153
902	AOU Parma	27		27	1	2			1		4		31
904	AOU Modena	14		14		1				2	3		17
908	AOU Bologna	39		39		1	1		1		3	1	43
909	AOU Ferrara	17		17	2	1					3		20
960	IOR	9		9	1						1		10
Totale complessivo		**546**	**28**	**574**	**12**	**21**	**3**	**19**	**5**	**1**	**61**	**18**	**653**

SALDO ASSUNTI - CESSATI

		DIRIGENZA MEDICO/VETERINARIA SSN SANITARIO		DIRIGENZA MEDICO/ VETERINARIA SSN Totale	DIRIGENZA S.P.T.A. SSN SANITARIO						SANITARIO Totale	PTA Totale	Totale complessivo
CODaziend	DSAZIE	DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE VETERINARIO		DIRIGENTE BIOLOGO	DIRIGENTE FARMACISTA	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	DIRIGENTE PSICOLOGO	DIRIGENTE FISICO	DIRIGENTE CHIMICO			
101	Ausl Piacenza	13	-3	10	7	0	0	-2	-1	0	4	-4	10
102	Ausl Parma	8	-3	5	0	-1	0	-1	0	0	-2	2	4
103	Ausl Reggio Emilia	0	-6	-6	3	0	1	-1	0	0	3	-2	-5
104	Ausl Modena	-11	-2	-13	-2	3	1	3	0	0	5	-2	-10
105	Ausl Bologna	-9	-2	-11	4	1	0	8	0	0	13	6	5
106	Ausl Imola	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	7
109	Ausl Ferrara	7	1	8	0	-1	0	-3	0	-1	-5	-1	2
114	Ausl Romagna	61	-5	56	3	-1	-2	-1	-2	0	-3	-2	50
902	AOU Parma	-11	0	-11	-1	-2	1	-1	0	0	-3	0	-14
904	AOU Modena	27	0	27	0	-1	0	0	-2	0	-3	0	24
908	AOU Bologna	6	0	6	0	-1	-1	-1	0	0	-3	-1	2
909	AOU Ferrara	13	0	13	-2	0	0	0	0	0	-2	0	11
960	IOR	2	0	2	-1	0	0	0	0	0	-1	0	1
Totale complessivo		**113**	**-20**	**93**	**11**	**-3**	**0**	**1**	**-5**	**-1**	**3**	**-4**	**87**

Pensione, dal 2019 aumento di 5 mesi per i requisiti

Come si declina o l'incremento dei 5 mesi di attività lavorativa dovuti al l'aumento dell'aspettativa di vita a partire dal 2019?

L'adeguamento dei requisiti pensionistici alla speranza di vita è stato previsto dalla legge Tremonti-Sacconi del 2010 e reso automatico, successivamente, dalla riforma Monti-Fornero. Infatti la citata riforma contiene una clausola che, qualora non ci fossero stati aumenti conseguenti alla speranza di vita, l'aumento dell'età pensionabile a 67 anni sarebbe comunque scattata a partire dal 2021.

Con Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 05/12/2017 è stato disposto che per il periodo 2019 -2020 ci vorranno 5 mesi in più per accedere alle varie forme di pensionamento rispetto a quest'anno.

Quando si afferma che tutti subiranno l'aumento di 5 mesi ci si riferisce ai requisiti necessari direttamente collegati all'aumento dell'aspettativa di vita che si differenziano, dalle precedenti stime elaborate dall'istat, di un solo mese in più.

Pertanto, per essere chiari, dal 2019 si potrà andare in pensione di vecchiaia con 67 anni (ovviamente se si è in possesso dei noti requisiti contributivi), mentre per la pensione anticipata saranno necessari 43 anni e 3 mesi di contributi per gli uomini, mentre le donne potranno lasciare il lavoro un anno prima, con 42 anni e 3 mesi di contributi.

Ma non finisce qui, perché chi vorrà andare in pensione di vecchiaia, ma è soggetto al metodo contributivo, ovvero, coloro che possono vantare anzianità contributiva a partire dall'01/01/1996, dovrà attendere i 71 anni di età anagrafica, mentre la pensione anticipata, sempre calcolata con il metodo contributivo, sarà fruibile con un' età anagrafica di 64 anni.

Chi, invece, volesse accedere, per il calcolo della pensione, al cosiddetto metodo della totalizzazione dei contributi, cioè per quella categoria di lavoratori che hanno fatto versamenti in diverse casse, potrà andare in pensione di vecchiaia a partire dai 66 anni, mentre con 41 anni di contributi si potrà usufruire della pensione di anzianità, a cui vanno aggiunti, rispettivamente, ulteriori 18 mesi di attesa per quella di vecchiaia e 21 mesi di attesa per quella di anzianità, la c.d. finestra d'uscita.

Ritocco all'insù pure per lo sconto che si applica ai lavoratori precoci, cioè quelli che hanno versato almeno 12 mesi di contributi prima di compiere i 19 anni di età. Dagli attuali 41 anni si passerà a 41 anni e 5 mesi, senza distinzione tra uomini e donne.

L'adeguamento alla speranza di vita farà sentire i suoi effetti anche sull'Ape, l'anticipo pensionistico introdotto un anno fa e che è diventato realtà, tra mille difficoltà.

Dunque, come fin qui esposto, il meccanismo dell'adeguamento dei nuovi requisiti pensionistici farà sentire i suoi effetti dal 2019, salvo un'esclusione dall'aumento dei 5 mesi per determinate categorie di lavoratori addetti a mansioni gravose (*infermieri e ostetriche con orari notturni, maestre di asilo nido e scuola dell'infanzia, macchinisti ferroviari, autotrasportatori, gruisti, muratori, facchini, badanti, addetti alle pulizie, addetti alla raccolta rifiuti, conciatori di pelli, operai e braccianti agricoli, marittimi, addetti alla pesca, siderurgici e lavoratori del vetro*), ai sensi dell'articolo 1, commi 147 e 148, Legge 205/2017, a condizione che ricorrano i requisiti contributivi di cui ai citati commi. Dovrà comunque uscire un decreto ministeriale attuativo di tali disposizioni.

APE Volontaria

Cosa si intende per APE Volontaria, quali sono i requisiti base, decorrenza e quali oneri comporta

Sono diversi gli elementi da considerare prima di chiedere l'APE Volontaria: requisiti, convenienza in base a percentuale e decorrenza, banca e compagnia assicurativa con relativi costi, senza contare la simulazione online e la procedura di richiesta INPS.
Vediamo dunque i punti salienti da valutare prima di richiedere l'anticipo pensionistico istituito con la manovra 2017 (*commi 166 e seguenti della legge 232/2016)* e prorogato dalla Legge di Bilancio 2018 fino al 31 dicembre 2019, da restituire con rate ventennali quando si matura l'età per la pensione di vecchiaia.

- **I requisiti base:** 63 anni di età, 20 anni di contributi, al massimo tre anni e sette mesi dal raggiungimento dell'età pensionabile, un assegno maturato pari ad almeno 1,4 volte il minimo.

- **I 20 anni di contributi:** devono essere versati in un'unica gestione previdenziale, non si può quindi applicare il cumulo (che invece è utilizzabile ad esempio per APE sociale e pensione precoci). Si contano i contributi eventualmente oggetto di ricongiunzione o di riscatto, non si possono totalizzare i versamenti effettuati in paesi esteri.

- **Calcolo dei tre anni e sette mesi:** bisogna tenere conto, in via prospettica, dei cinque mesi in più di aspettativa dei cinque mesi in più per adeguamento alle aspettative di vita che scatteranno dal 2019. Gli adeguamenti successivi, dal 2021, allungano eventualmente l'APE mentre non rilevano ai fini del raggiungimento del requisito. Per essere chiari, l'età pensionabile 2018 è 66 anni e sette mesi, dal 2019 passa a 67 anni. Quindi, chi non raggiunge la pensione di vecchiaia entro la fine del 2018, di fatto dovrà contare tre anni e sette mesi prendendo come riferimento i 67 anni.

- **Assegno 1,4 volte il minimo:** il trattamento minimo 2018 è di 50746 euro, quindi la pensione maturata deve essere pari ad almeno 710,444 euro, al netto delle rate di ammortamento. In pratica, bisogna calcolare la pensione (lorda) maturata al momento della richiesta, simulare il costo dell'APE in modo da ottenere l'importo delle rate di restituzione che bisognerà versare, sottrarre dal lordo mensile il costo della rata. Se il risultato è pari ad almeno 710,44, è rispettato il requisito.

- **Non serve smettere di lavorare.** Chi ha i requisiti può decidere di chiedere l'APE volontario e proseguire l'attività lavorativa, in modo da continuare a versare i contributi, aumentando così l'importo della pensione futura e ammortizzando quindi il costo delle rate.

- **Durata:** è il lavoratore che decide che percentuale di APE richiedere e la sua durata. Il trattamento deve durare almeno sei mesi.

- **Importo APE.** L'importo minimo della rata mensile è di 150 euro, il massimo dipende cambia a seconda di quanto dura l'APE, nella seguente misura: il 75% dell'importo mensile del trattamento pensionistico, se la durata di erogazione dell'APE è superiore a 36 mesi, l'80% della pensione se l'APE dura fra 24 e 36 mesi, l'85% se la prestazione è compresa tra 12 e 24 mesi, il 90 se l'APE è versato per meno di 12 mesi. La scelta va effettuata quando si presenta la seconda domanda di APE.

- **Strumenti di calcolo:** ci sono diversi strumenti online

che consentono di effettuare il calcolo. L'INPS mette a disposizione un simulatore gratuito che sulla base della pensione maturata e dei requisiti indica APE ottenibile, scadenze, importo della rate, costi del finanziamento.

- **Certificazione del diritto:** chi possiede tutti i requisiti, può presentare domanda all'INPS con procedura online, attraverso le credenziali, oppure tramite intermediari. L'INPS risponde entro 60 giorni, per via telematica, utilizzando l'indirizzo di posta elettronica fornito dal contribuente. La risposta INPS fornisce la certificazione del diritto all'APE, e segnala la prima data utile di presentazione della domanda, la durata massima del finanziamento, l'importo minimo e massimo ottenibile.

- **Scelta banca e assicurazione:** prima di procedere con la domanda definitiva, il lavoratore deve scegliere la banca che finanzierà il prestito e la compagnia assicurativa che copre il rischio di premorienza. Banche e assicurazioni vanno scelte fra quelle che aderiscono alla specifica convenzione firmata con ministeri e INPS.
  Ricordiamo che l'APE viene erogato dall'INPS ma è finanziato dalle banche, mentre la polizza assicurativa serve a coprire il rischio di premorienza.

- **Domanda di APE:** è la seconda domanda, che possono presentare solo coloro che hanno ricevuto risposta positiva dall'INPS sulla certificazione del diritto. La domanda si presenta sempre all'INPS, che la inoltra alla banca. Visto che l'APE volontaria è una misura sperimentale, questa seconda domanda va inoltrata entro il 31 dicembre 2019. Bisogna inoltre fare attenzione nel caso in cui si decida di presentarla successivamente al primo termine utile di decorrenza indicato dall'INPS: è necessario che comunque vada rispettato il minimo di sei mesi di percezione dell'anticipo previdenziale.
  Importante: contestualmente alla domanda di APE, bisogna presentare anche domanda di pensione di vecchiaia.

- **Retroattività:** coloro che hanno maturato i requisiti prima dell'apertura delle procedure di domanda, ma successivamente al primo maggio 2017 (entrata in vigore dell'APE in base alla manovra 2017), possono chiedere (su base volontaria) gli arretrati. In questo caso, devono presentare la domanda entro il 18 aprile 2018.

- **Erogazione:** il trattamento inizia a essere versato dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda.

- **Compatibilità:** se mentre percepisce l'APE il lavoratore decide di andare in pensione anticipata oppure opta per un altro trattamento previdenziale, deve comunicarlo e sospendere l'APE, che è incompatibile con qualsiasi pensione diretta. È invece compatibile con la pensione di reversibilità. A questo punto, si ridetermina il piano di ammortamento.

- **Estinzione anticipata:** del finanziamento: può essere chiesta in qualsiasi momento, attraverso la procedura INPS. La richiesta può riguardare l'estinzione parziale o totale del debito. Se l'operazione non riguarda l'intera somma, si ridetermina il piano di ammortamento.

- **Premorienza:** nel caso in cui il pensionato muoia prima dell'estinzione del debito, le rate ancora da pagare non vengono trasferite sulla pensione di reversibilità degli eredi.

Cumulo contributivo gratuito

Cos'è il "Cumulo Contributivo" e chi ne può usufruire?

Il cumulo contributi è quel particolare meccanismo grazie al quale è possibile aggregare quanto versato al lavoratore in casse previdenziali differenti perché ha avuto un percorso lavorativo discontinuo.
È' un sistema introdotto dalla Legge 228/2012 (in vigore dal 1 Gennaio 2013) e ulteriormente rivisto, in maniera estensiva (reso valido anche ai fini del raggiungimento dei requisiti per la pensione anticipata e non solo per quella di vecchiaia), dalla **Legge di Bilancio 2017** in vigore dal 1 Gennaio 2017.
Il lavoratore può quindi cumulare i periodi assicurativi di periodi non coincidenti, accreditati in diverse gestioni in maniera del tutto gratuita**,** al fine di godere di un'unica pensione che sarà liquidata pro quota, ossia secondo le regole di calcolo di ciascun fondo e in base alle rispettive retribuzioni di riferimento.
Con l'approvazione della Legge di Bilancio 2017, possono accedere al cumulo contributivo gratuito tutti i lavoratori iscritti a due o più forme di assicurazione obbligatoria (invalidità, vecchiaia e superstiti dei lavoratori dipendenti e autonomi), coloro che sono iscritti alla gestione separata INPS o a forme sostitutive della stessa (ex Inpdap, ex Enpals, …) e, infine, gli iscritti alle casse professionali**.**
Il requisito fondamentale per poter cumulare gratuitamente i contributi è che l'assicurato non goda già di trattamento pensionistico diretto da una delle gestioni interessate coinvolte nel cumulo stesso.
La domanda per la pensione in regime di cumulo deve essere presentata presso l'ente previdenziale dove è stata accreditata l'ultima contribuzione; sarà quindi quest'ultimo ad avviare il procedimento nei confronti degli altri enti dove sono presenti i contributi da cumulare.
A un anno dall'introduzione del cumulo gratuito dei contributi per la pensione dei professionisti, possono essere presentate finalmente le domande di coloro che della contribuzione versata presso le casse professionali grazie alle convenzioni sottoscritte tra INPS e le medesime casse.
Lo sblocco arriva dopo mesi di attesa successivi alla pubblicazione delle istruzioni operative INPS (*circolare 140/2017*) e di quelle di gran parte degli istituti previdenziali interessati.
Il cumulo pensione professionisti parte dunque per gli iscritti ai seguenti enti previdenziali**:** Cassa Notariato, Cassa Forense, Inarcassa (architetti e ingegneri), CNPADC (commercialisti), ENPAV (veterinari), ENPACL (consulenti del lavoro), ENPAF (farmacisti), ENPAP (psicologi), ENPAPI (infermieri), INPGI (giornalisti), ENASARCO (agenti di commercio), ENPAIA (impiegati dell'agricoltura), EPAP (attuari, agronomi, chimici, geologi), ONAOSI (assistenza orfani sanitari italiani), ENPAM (medici), ENPAB (biologi), EPPI (periti industriali), Cassa geometri, Cassa ragionieri.
Si completa così l'ultimo passaggio, la firma che consente di avviare i versamenti. La norma prevede infatti che sia l'INPS ad erogare le prestazioni, sulla base delle convenzioni con gli enti previdenziali dei professionisti. L'accordo scioglie anche una serie di nodi relativi ai rapporti fra le diverse casse previdenziali coinvolte nelle operazioni.
L'impianto resta comunque quello previsto dalla circolare INPS. La pensione di vecchiaia in cumulo si ottiene alla maturazione del requisito più elevato fra quelli previsti dalle diverse gestioni di appartenenza, mentre per la pensione anticipata il requisito è per tutti quello previsto dalla Riforma Fornero 2011 (42 anni e dieci mesi per gli uomini e 41 anni e dieci mesi per le donne, a cui l'anno prossimo si aggiungeranno i cinque mesi di scatto per l'adeguamento alle aspettative di vita).
Precisazioni sul sistema di calcolo da utilizzare per la pensione in cumulo.
In base al comma 246 della legge sul cumulo contributi (legge 228/2012), per il calcolo della pensione si applica

la seguente regola: se ci sono più di 18 anni di contributi versati entro il 31 dicembre 1995, anche a diverse gestioni, c'è il diritto alla pensione retributiva (con il calcolo contributivo solo per le quote successive al 31 dicembre 2011, in base a quanto previsto dalla Riforma Fornero).
Se gli anni precedenti al 1996 sono meno di 18, il calcolo è misto (retributivo per le annualità precedenti al 1996, contributivo per le altre). Chi ha solo contributi a partire dal 1996 ha la pensione interamente contributiva.
Attenzione, però: queste regole valgono solo nel caso in cui il cumulo riguardi periodi contributivi presso diverse gestioni INPS. Esempio: se l'iscritto vuole esercitare il cumulo contributi per sommare periodi versati al Fondo lavoratori dipendenti e altri in gestione separata, applicherà la regola sopra descritta. Quindi, se la somma dei suoi contributi ante 1 gennaio 1996 grazie al cumulo sale sopra i 18 anni avrà la pensione retributiva.
Se invece i contributi sono versati a una gestione INPS e a una cassa professionale il discorso cambia. La circolare INPS 140/2017 specifica che:
per la determinazione dell'anzianità contributiva rilevante ai fini dell'applicazione del sistema di calcolo della pensione, ai fini della determinazione dell'anzianità contributiva posseduta al 31 dicembre 1995, deve essere presa in considerazione la sola contribuzione maturata dall'interessato presso l'assicurazione generale obbligatoria, le forme esclusive e sostitutive della medesima, nonché la gestione separata di cui all'articolo 2, comma 26, della legge n. 335 del 1995.
Non valgono, invece, i contributi versati alle casse professionali.
Precisazioni sul termine di pagamento del TFR-TFS.
Per il personale che cessa dal servizio usufruendo del cumulo, il termine di pagamento applicabile al trattamento di fine servizio o di fine rapporto è pari a 12 mesi, più 105 giorni, decorrenti dal compimento, da parte dell'interessato, dell'età anagrafica prevista dalla Legge Fornero per la pensione di vecchiaia (attualmente pari a 66 anni e 7 mesi, 67 anni dal 2019) e non dalla cessazione del rapporto di lavoro.
Di conseguenza, se si usufruisce del cumulo per ottenere la pensione di vecchiaia, considerando che il requisito di età previsto è pari a 66 anni e 7 mesi, nulla cambia, per quanto riguarda il Tfs, rispetto a un ordinario pensionamento di vecchiaia.
Può ritrovarsi ad attendere anni e anni in più, invece, il dipendente che usufruisce della pensione anticipata, il cui requisito è attualmente pari a 42 anni e 10 mesi di contributi(41 anni e 10 mesi per le donne): per chi chiede la pensione anticipata col cumulo non è prevista, difatti, la possibilità di ottenere il trattamento di fine servizio dopo 24 mesi (più 105 giorni) dalle dimissioni, come avviene nella generalità dei casi per le pensioni anticipate e di anzianità, ma si devono attendere 12 mesi (più 105 giorni) dal compimento dell'età per la pensione di vecchiaia.
Facciamo un esempio per capire meglio:

- un dipendente pubblico raggiunge la pensione anticipata nel 2018 a 60 anni di età, con 42 anni e 10 mesi di contributi, grazie al cumulo con la contribuzione versata in un'altre gestioni;
- per ricevere il Tfs deve attendere, in base alle attuali previsioni sull'aspettativa di media futura e ai futuri incrementi dell'età pensionabile, 12 mesi più 105 giorni dal compimento di 67 anni e 9 mesi nel 2025;
- in buona sostanza, a seconda della data di nascita, il dipendente vedrà la liquidazione del TFS 6-7 anni di ritardo rispetto alla data in cui normalmente sarebbe spettato il Tfs.

Non tutti riescono ad ottenere la pensione anticipata a 60 anni, ma anche nel caso in cui la si raggiunga a 62 o a 63 anni il ritardo nel ricevere la liquidazione è notevole.

Pubblicato il 12/03/2018

N. 01571/2018REG.PROV.COLL.

N. 08083/2017 REG.RIC.

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato

in sede giurisdizionale (Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 8083 del 2017, proposto da: RANDSTAD ITALIA S.P.A., in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avvocato Massimiliano Brugnoletti, con domicilio eletto presso il suo studio in Roma, via Antonio Bertoloni N. 26/B;

contro

AZIENDA USL ROMA 6, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avvocato Stefano Merelli, con domicilio eletto presso lo studio dell'avv. Vincenza Di Martino in Roma, via Pompeo Magno N. 7;

e con l'intervento di

ad adiuvandum:

ASSOCIAZIONE NAZIONALE DELLE AGENZIE PER IL LAVORO - ASSOLAVORO, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avvocato Massimiliano Brugnoletti, con domicilio eletto presso il suo studio in Roma, via Antonio Bertoloni N. 26/B;

per la riforma

della sentenza breve del T.A.R. LAZIO - ROMA: SEZIONE III QUA n. 11292/2017, resa tra le parti, concernente l'affidamento di attività di supporto amministrativo agli uffici della ASL Roma 6;

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della ASL Roma 6;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 1 marzo 2018 il Cons. Giovanni Pescatore e udito per la parte appellante l'avvocato Massimiliano Brugnoletti;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1. Con bando pubblicato il 22 settembre 2017, la ASL Roma 6 ha indetto una procedura aperta avente ad oggetto l'affidamento delle seguenti attività di supporto agli uffici della stazione appaltante: supporto giuridico, amministrativo, tecnico e contabile; supporto e gestione dei servizi centrali, distrettuali e ospedalieri; archiviazione, data entry e front office; supporto amministrativo contabile riferito al procedimento di liquidazione fatture e degli ulteriori documenti contabili; segreteria alle Direzioni Aziendali, Ospedaliere e Distrettuali.

Per l'appalto, da aggiudicarsi secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, sono stati previsti una durata biennale e un valore annuo di € 3.565.270,00.

2. La società appellante, nell'impugnare in primo grado gli atti di gara, ha sostenuto che la procedura avviata dalla ASL è stata erroneamente impostata come un "appalto di servizi", ma che in realtà essa ha ad oggetto una somministrazione di personale -

attività, quest'ultima, *ex lege* riservata alle Agenzie per il Lavoro iscritte nell'apposito Albo presso il Ministero del Lavoro (cfr. art. 4 del d.lgs. n. 276 del 2013).

Conseguenza di tale erronea impostazione è che la partecipazione alla gara è stata consentita a tutte le imprese commerciali, a cui è vietata la somministrazione di personale pena la commissione di un illecito amministrativo (cfr. art. 40 del d.lgs. n. 81 del 2015); mentre è stata preclusa alle Agenzie per il Lavoro - e tra queste alla società appellante - a causa dei particolari requisiti d'accesso richiesti, incentrati sullo svolgimento di servizi analoghi a quelli oggetto di gara.

3. Con la sentenza qui appellata n. 1129/2017, il Tar Lazio ha respinto il ricorso, conducendo una verifica in ordine ai tratti distintivi tra l'appalto e la somministrazione di personale e giungendo alla conclusione che la fattispecie in esame è configurabile come un genuino appalto di servizi.

Tale qualificazione risulterebbe avvalorata dalle seguenti circostanze: "*a) l'aggiudicataria è tenuta ad elaborare e presentare un progetto tecnico in cui devono essere esplicitate le modalità organizzative di svolgimento del servizio, alla luce delle esigenze definite ex ante dalla stazione appaltante nella lex specialis; b) il personale è chiamato a svolgere le prestazioni de quibus sulla base di ordini di servizio impartiti dall'impresa aggiudicataria; c) la gestione dei singoli rapporti di lavoro del personale de quo (pagamento delle retribuzioni, concessione delle ferie e dei permessi) è a carico dell'appaltatore; d) l'appaltatore è in ogni caso tenuto a garantire l'erogazione dei servizi anche in caso di sciopero del personale addetto; e) a carico di quest'ultimo è anche la responsabilità dei danni prodotti ai locali, alle persone o cose derivanti dall'espletamento delle prestazioni contrattuali (art. 6 del capitolato tecnico) … Anche per quanto concerne la presenza del rischio di impresa la conclusione non muta, avuto presente che, se è incontestabile che il corrispettivo viene quantificato calcolando il numero delle ore lavorative previste per la tariffa oraria proposta e che l'impresa aggiudicataria verrà compensata per le ore effettivamente lavorate dal personale, non può non essere disconosciuto che sull'impresa aggiudicataria potranno gravare ulteriori costi connessi alla sostituzione a vario titolo del personale adibito ovvero alle diverse*

categorie di danni indicate dal citato articolo 6 del capitolato tecnico che giustificano la sussistenza di un concreto rischio di impresa".

4. La pronuncia viene qui appellata con un unico articolato motivo di censura, inteso a ribadire la tesi già svolta in primo grado – ma ampliata alla luce della sentenza impugnata – secondo la quale le singole disposizioni del capitolato e del disciplinare, analiticamente e organicamente esaminate, delineano una fattispecie di somministrazione di personale, donde la non genuinità dell'appalto e l'ingiustizia delle clausole della legge di gara che impediscono la partecipazione alle agenzie di lavoro.

5. La Asl Roma 6 si è ritualmente costituita in giudizio, replicando alle deduzioni avversarie e chiedendone il rigetto.

6. E' intervenuta *ad adiuvandum* la Assolavoro – Associazione Nazionale delle Agenzie per il Lavoro. La parte resistente ha tuttavia eccepito l'inammissibilità dell'intervento, per carenza di legittimazione attiva dell'associazione interveniente.

7. A seguito della rinuncia all'istanza cautelare, espletato lo scambio di memorie e repliche ex art. 73 c.p.a., la causa è stata discussa e posta in decisione all'udienza pubblica del 1° marzo 2018.

DIRITTO

1. L'eccezione di carenza di legittimazione dell'associazione interveniente viene argomentata dalla Asl Roma 6 mediante il richiamo alla sentenza del Consiglio di Stato, Sez. V, 21 luglio 2016, n. 3303 e al principio, da questa asseritamente sancito, secondo il quale gli enti esponenziali possono agire solo se previsto in una puntuale disciplina normativa che stabilisca chi può agire e che tipo di azione può esercitare.

1.1. L'eccezione non può essere accolta.

Innanzitutto, essa invoca a suo fondamento un precedente giurisprudenziale inconferente con il caso di specie, nel quale il difetto di legittimazione è stato delibato

con riguardo ad una associazione (Codacons) che agiva come appellante (e non come interveniente), e sulla base di una normativa speciale (artt. 139 e 140 del Codice del consumo) che circoscrive a casi specifici le azioni esperibili dalle associazioni dei consumatori.

1.2. Depurata dell'impropria citazione giurisprudenziale, l'eccezione in esame rimane sguarnita di ulteriori argomenti e, per di più, si pone in aperta contraddizione con la costante giurisprudenza che individua le condizioni legittimanti l'intervento in giudizio delle associazioni di categoria, da un lato, nella lesione dello scopo istituzionale associativo che i fatti di causa vengono a configurare; e, dall'altro, nell'interesse comune agli associati, che attraverso l'intervento in giudizio l'associazione medesima deduce e fa valere (cfr. Cons. Stato, sez. V, 21 giugno 2017, n. 3029; Id., sez. III, 27 aprile 2015, n. 2150).

1.3. Entrambi i presupposti ricorrono nel caso di specie e legittimano l'intervento *ad adiuvandum* della Assolavoro.

2. Nel merito, corretta premessa metodologica dalla quale prendono le mosse le tesi difensive delle parti contendenti - condivisa anche dai giudici di primo grado - è quella secondo cui la natura dell'affidamento in oggetto va indagata in concreto, esaminando gli elementi che caratterizzano il singolo rapporto contrattuale e tenendo presenti i tratti distintivi che connotano in modo tipico il contratto d'appalto e valgono a differenziarlo dalla somministrazione di personale.

Essi consistono nell'assunzione da parte dell'appaltatore: a) del potere di organizzazione dei mezzi necessari allo svolgimento dell'attività richiesta; b) del potere direttivo sui lavoratori impiegati nella stessa; c) del rischio di impresa (si veda in tal senso l'art. 29 del d.lgs. 276/2003, il quale recita: "*Ai fini dell'applicazione delle norme contenute nel presente titolo, il contratto di appalto, stipulato e regolamentato ai sensi dell'art. 1655 c.c., si distingue dalla somministrazione di lavoro per la organizzazione di mezzi necessari da parte dell'appaltatore, che può anche risultare, in relazione alle esigenze dell'opera o del servizio*

dedotti in contratto, dall'esercizio del potere organizzativo e direttivo nei confronti dei lavoratori utilizzati nell'appalto, nonchè per l'assunzione, da parte del medesimo appaltatore, del rischio di impresa").

2.1. I richiamati profili di differenziazione si compendiano nel fatto che attraverso il contratto di appalto una parte assume, con organizzazione dei mezzi necessari e con gestione a proprio rischio, il compimento di un'opera o di un servizio verso un corrispettivo in denaro - secondo lo schema dell'obbligazione di risultato; nel contratto di somministrazione, al contrario, l'agenzia invia in missione dei lavoratori, che svolgono la propria attività nell'interesse e sotto la direzione e il controllo dell'utilizzatore - secondo lo schema dell'obbligazione di mezzi.

2.2. Dal che ulteriormente consegue che nel contratto di appalto i lavoratori restano nella disponibilità della società appaltatrice, la quale ne cura la direzione ed il controllo; nella somministrazione è invece l'utilizzatore che dispone dei lavoratori, impartendo loro le direttive da eseguire.

2.3. La giurisprudenza della Corte di Cassazione è intervenuta a dettagliare in modo ancor più specifico gli indici sintomatici della non genuinità di un affidamento formalmente qualificato come "appalto", ma in realtà dissimulante una somministrazione di personale, ravvisandoli nei seguenti elementi: a) la richiesta da parte del committente di un certo numero di ore di lavoro; b) l'inserimento stabile del personale dell'appaltatore nel ciclo produttivo del committente; c) l'identità dell'attività svolta dal personale dell'appaltatore rispetto a quella svolta dai dipendenti del committente; d) la proprietà in capo al committente delle attrezzature necessarie per l'espletamento delle attività; e) l'organizzazione da parte del committente dell'attività dei dipendenti dell'appaltatore (Cass. civ., sez. lav., 7 febbraio 2017, n. 3178).

3. Si tratta di indici ricorrenti anche nella fattispecie qui all'esame e complessivamente attestanti il carattere fittizio dell'appalto.

3.1. Nell'ordine, seguendo la successione dei criteri sopra richiamati, sotto il profilo della natura della prestazione richiesta, appare chiaro che le prestazioni richieste dalla ASL appellata sono identificate non già in "servizi", bensì in numero di ore di lavoro annue: per il "supporto giuridico, amministrativo, tecnico e contabile" la ASL chiede 31.200 ore annue di lavoro; per il "supporto e gestione dei servizi centrali, distrettuali e ospedalieri" la ASL chiede 22.568 ore annue di lavoro; per l'attività di "archiviazione, data entry e front office" la ASL chiede 62.566 ore annue di lavoro; per il supporto alla liquidazione e gestione ordini, consegne e pagamenti la ASL chiede 18.928 ore annue; per la segreteria alle Direzioni Aziendali, Ospedaliere e Distrettuali la ASL chiede 36.296 ore annue di lavoro (cfr. disciplinare, pagg. da 3 a 6).

3.2. Questo primo dato dimostra che l'Azienda resistente mira sostanzialmente ad integrare il proprio personale interno, dimostratosi insufficiente, con altro personale esterno, in modo garantire il regolare svolgimento delle proprie attività d'ufficio.

3.3. Un simile scenario sfugge alla logica tipica dell'appalto di servizi - ove l'appaltante affida all'appaltatore lo svolgimento di prestazioni connesse ad un preciso risultato, finalizzate alla realizzazione di un *opus* dotato di consistenza autonoma - e manifesta affinità, piuttosto, con lo schema tipico della "somministrazione di lavoro" a tempo determinato, che si caratterizza per la ricerca di lavoratori da utilizzare per i generici scopi del committente, in chiave d'integrazione del personale già presente in organico.

3.4. Induce alla medesima conclusione l'analisi delle modalità di individuazione della base d'asta e di disciplina della remunerazione del servizio:

- la base d'asta è stata esclusivamente correlata alle ore/lavoro richieste all'aggiudicatario: il disciplinare specifica, infatti, che la base d'asta è stata "*determinata … tenendo conto delle ore di servizio richiesto e quantificate in 171.548 (ore servizio richieste) X € 20,782 (quota oraria posta a base d'asta)*" (disciplinare, pag. 7 e capitolato, pag. 2);

- coerente con la determinazione della base d'asta è la modalità di formulazione dell'offerta economica. Il disciplinare prevede infatti che l'offerta "*dovrà essere formulata quantificando il costo orario del servizio … (l'offerente – n.d.r.) dovrà specificare la percentuale di ribasso rispetto alla base d'asta, fissata in € 20,782 (che è il costo/ora posto a base d'asta – n.d.r.)*" (disciplinare, pag. 21);

- quanto alla modalità per individuare il corrispettivo da corrispondere all'aggiudicatario, si prevede che questo sarà calcolato sulla base delle ore di lavoro mensilmente svolte, moltiplicate per il corrispettivo orario offerto, senza che assuma alcun rilievo il concreto risultato conseguito allo svolgimento delle prestazioni lavorative (disciplinare, pag. 28).

3.5. Anche con riguardo all'ulteriore profilo concernente l'inserimento del personale nel ciclo produttivo del committente, prevalgono elementi indicatori di una sostanziale contaminazione tra l'attività dei lavoratori della ASL Roma 6 ed i lavoratori inviati dall'appaltatore: quest'ultimi, infatti, come dimostra la definizione contenuta nell'oggetto della prestazione, forniscono un contributo di supporto nell'attività "*amministrativa*" della ASL; e la dettagliata declinazione di detta funzione di supporto evidenzia come essa si traduca nella "*collaborazione*" dei lavoratori dell'appaltatore con i dipendenti della ASL e consista nello svolgimento di attività di istruttoria documentale, nella redazione di atti preliminari tesi alla redazione di successivi provvedimento da parte del personale interno, nel supporto alla stesura delle gare, nell'inserimento ordini, nell'inserimento di dati nell'albo, nel supporto alla liquidazione e gestione ordini, consegne e pagamenti, nello svolgimento di attività di segreteria amministrativa e di gestione della corrispondenza (disciplinare, pagg. da 3 a 6).

3.6. Dunque, risulta sufficientemente chiaro che l'appaltatore non svolge alcun servizio "diverso" da una mera attività di ausilio collaborativo al personale dipendente della ASL.

3.7. Neppure è previsto che l'appaltatore metta a disposizione mezzi ed attrezzature: il personale dell'appaltatore, per la prestazione della propria attività, utilizzerà infatti mezzi ed attrezzature della ASL (quali computer, cancelleria, fotocopiatrici etc.), prestando la propria attività presso la sede della stessa e avvalendosi dello strumentario di lavoro ivi presente.

3.8. Sui profili in esame, la parte appellata ha eccepito che la gara in questione avrebbe ad oggetto "*intere linee di attività*" e non singole collaborazioni in sostituzione di personale "*a macchia di leopardo*"; e che, dunque, le prestazioni rese in esecuzione dell'appalto assumerebbero una loro autonomia di contenuto e di risultato in grado di sconfessare qualunque fenomeno di osmosi e di continuità operativa tra il personale esterno e quello interno.

3.9. Il Collegio reputa la deduzione non persuasiva, innanzitutto perché sprovvista di più concreti elementi di supporto, ricavabili dal disciplinare e dal capitolato di gara, che forniscano conferma della effettiva autonomia delle linee produttive assegnate all'appaltatore. Si tratta, inoltre, di affermazione contraddetta dalle note descrittive delle prestazioni appaltate, ricavabili direttamente dal disciplinare di gara, dalle quali emerge che dette prestazioni sono pienamente integrate nel ciclo di produzione degli uffici aziendali e presentano un contenuto omogeneo a quello delle attività svolte dal personale stabilmente inserito nella pianta organica della ASL. Non vi è traccia, infine, del fatto che il personale della appaltatrice sia munito di un know-how specifico, ovvero di un patrimonio di conoscenze e di pratiche di uso non comune, quindi di un *quid pluris* rispetto alla mera capacità professionale dei lavoratori già impiegati presso la ASL, tale da far emergere un apporto qualitativo specifico riconducibile all'appalto di servizio.

Da qui l'impossibilità di individuare un obiettivo di risultato, concluso e autonomo, realizzabile dall'appaltatore e distinguibile dal *continuum* delle attività principali alle quali quelle appaltate sono chiamate a fornire ausilio.

3.10. Ricorre, dunque, la causa "tipica" della somministrazione di lavoro, il cui fine tipico è proprio l'"integrazione" del personale nell'organigramma del committente (cfr. Cass. civ., sez. lav., 27 marzo 2017, n. 7796).

3.11. Peraltro, in ipotesi di affiancamento di personale, ciò che può rilevare come indice sintomatico dell'appalto sono proprio le particolari modalità di coordinamento tra le imprese interessate, laddove concepite per escludere commistioni, interferenze o sovrapposizioni tra le due realtà organizzative; ovvero per rendere del tutto evidente, anche sul piano logistico, la separazione tra le due imprese e tra le rispettive fasi della produzione (si veda in tal senso la circolare del Ministero del Lavoro del 22.10.2009).

3.12. Anche sotto questo specifico profilo, il capitolato qui in esame non fornisce indicazioni coerenti con la qualificazione del contratto come appalto, limitandosi ad assegnare all'aggiudicatario un generico onere di "*coordinamento complessivo dei servizi affidatigli.. al fine di garantire il regolare svolgimento dei servizi nella loro continuità e nel rispetto degli obiettivi e degli standard fissati dalla Direzione dell'Azienda*" (art. 4).

Dunque, la carenza di misure atte a scongiurare l'interferenza e la commistione tra i lavoratori, unitamente all'assenza di linee di cesura in grado di differenziare autonome fasi di produzione, forniscono ulteriore conferma della natura fittizia dell'appalto.

4. Anche se inquadrata sotto la lente prospettica dei tre più generali e tipici parametri distintivi dell'appalto - richiamati in premessa - la commessa in oggetto rivela connotati del tutto affini alla somministrazione di personale.

4.1. Partendo dal potere dell'appaltatore di organizzazione dei mezzi necessari allo svolgimento dell'attività richiesta, il Tar ha ritenuto di poterlo rinvenire nel disposto dell'art. 4 del capitolato, il quale prevede che:

- "*l'aggiudicatario dovrà garantire un coordinamento complessivo dei servizi affidati ed esplicitare nel progetto tecnico le modalità tecniche e gli strumenti aggiuntivi rispetto a quelli già messi a*

disposizione dalla ASL con i quali procederà ad organizzare le attività e ad impartire gli ordini di servizio al proprio personale al fine di garantire il regolare svolgimento dei servizi nella loro continuità e nel rispetto degli obiettivi e degli standard fissati dalla Direzione dell'Azienda e/o dalle singole strutture";

- "*le attività di coordinamento e la garanzia della continuità dei servizi secondo gli standard fissati dalla Direzione Aziendale e dai soggetti da questa indicati saranno assicurate ad esclusivo carico del fornitore secondo le modalità di cui al progetto tecnico oggetto di apposita valutazione*".

Il giudice di prime cure ha ritenuto che le attività appaltate siano qualificabili come una autonoma attività imprenditoriale, in quanto l'impresa aggiudicataria è tenuta ad elaborare e presentare un progetto tecnico in cui devono essere esplicitate le modalità organizzative di svolgimento del servizio, alla luce delle esigenze definite *ex ante* dalla stazione appaltante nella *lex specialis*.

4.2. Occorre tuttavia osservare che – secondo costante giurisprudenza - il tratto qualificante della direzione tecnica ed organizzativa della prestazione da parte dell'appaltatore va verificato attraverso un accertamento operato in concreto, con riferimento all'oggetto e al contenuto intrinseco dell'appalto.

Tale principio va applicato con particolare attenzione nei casi di appalti endoaziendali (quale quello qui in esame), caratterizzati dall'affidamento ad un appaltatore esterno di attività strettamente attinenti al complessivo ciclo produttivo del committente (cfr., Cass. civ. sez. lav., 3 giugno 2014, n. 12357).

E giova ulteriormente precisare, sul punto, come, sotto il profilo eminentemente processuale, l'onere probatorio gravi in via esclusiva sul soggetto che, avanzando la domanda costitutiva, assume trattarsi di una fattispecie interpositoria illecita (Cass. civ., sez. lav., 11 marzo 2014, n. 5568).

4.3. Ebbene, anche se traguardato sotto il profilo della sussistenza di una effettiva e sostanziale organizzazione dei mezzi, l'appalto in esame presenta vistose contiguità con la fattispecie della somministrazione di personale, se solo si considera che:

- gli orari di lavoro non vengono definiti autonomamente dall'aggiudicatario, ma sono da esso programmati sulla base delle specifiche esigenze della ASL, che si riserva la possibilità di richiedere prestazioni lavorative anche in giornate festive: "*gli operatori economici dovranno attenersi scrupolosamente agli orari programmati ad opera dell'Impresa aggiudicataria sulla base delle esigenze manifestate dai Responsabili del Servizi ASL interessati e non potrà essere in alcun modo variata se non per gravi motivi opportunamente comunicati agli stessi o al personale a tale scopo individuato dalla ASL*" (disciplinare, pag. 8);
- quanto alle sostituzioni del personale, si prevede che la ASL possa richiedere la sostituzione del singolo lavoratore assente; e che soluzioni alternative per fronteggiare le assenze debbano essere concordate con la ASL (capitolato, pag. 8);
- non vi è traccia di una qualche attività di organizzazione di mezzi e di attrezzature destinate alla esecuzione del servizio, dovendo l'aggiudicatario limitarsi a "fornire" lavoratori.

4.4. Non miglior successo può ascriversi al tentativo di collocare la gara nell'ambito degli appalti di servizi, in virtù della prescrizione, contenuta nel capitolato di gara, che pone a carico dell'aggiudicatario l'onere della gestione "amministrativa" dei rapporti di lavoro: pagamento della retribuzione, riconoscimento delle ferie, etc..

Anche in questo caso, si tratta di previsione immanente alla somministrazione di lavoro: gli artt. 32 e 37 del d.lgs. n. 81 del 2015 pongono infatti tale gestione in capo all'Agenzia per il Lavoro, la quale, essendo il "datore di lavoro formale" (mentre, nel rapporto trilatero che si genera, il committente assume il ruolo di "datore di lavoro sostanziale"), provvede alla "gestione amministrativa" del rapporto di lavoro, elaborando le buste paga, pagando le retribuzioni, versando i contributi: "*Con il contratto di somministrazione di lavoro l'utilizzatore assume l'obbligo di rimborsare al somministratore gli oneri retributivi e previdenziali da questo effettivamente sostenuti in favore dei lavoratori*" (art. 32 d.lgs. n. 81 del 2015); "*Gli oneri contributivi, previdenziali, assicurativi ed*

assistenziali, previsti dalle vigenti disposizioni legislative, sono a carico del somministratore" (art. 37 d.lgs. n. 81 del 2015).

4.5. Dunque, per quanto sin qui esposto, non pare ravvisabile un potere di autonoma ed effettiva organizzazione produttiva da parte dell'aggiudicatario dell'appalto.

4.6. Sicché le generiche clausole del capitolato secondo le quali "*i servizi verranno svolti con esclusiva organizzazione, responsabilità e rischio della ditta aggiudicataria*" (capitolato, pag. 3), si svuotano di effettiva rilevanza, a fronte dell'assenza di concrete modalità di organizzazione delle attività che ne assegnino la conduzione all'autonomia e alla iniziativa imprenditoriale dell'appaltatore.

4.7. D'altra parte, se la distinzione tra le due figure contrattuali è marcata dal fatto che il "contratto di appalto" ha ad oggetto un'obbligazione di risultato (con cui l'appaltatore assume con la propria organizzazione il compito di far conseguire al committente il risultato promesso), mentre la somministrazione di lavoro sottende una tipica obbligazione di mezzi (attraverso cui l'Agenzia per il Lavoro si limita a fornire prestazioni lavorative organizzate e finalizzate dal committente), è evidente che nella gara *de qua* l'aggiudicatario non ha alcun risultato da raggiungere, poiché oggetto esclusivo della procedura, per quanto già si è esposto, sono mere prestazione lavorative (di segreteria, istruttorie o di supporto alla gestione delle attività amministrative) che, evidentemente, non rappresentano un'articolata ed organizzata prestazione di servizi.

5. Con riguardo al potere direttivo sui lavoratori impiegati nella commessa - secondo tratto distintivo dell'appalto - il Tar ha ritenuto di rinvenirlo nella previsione di cui all'art. 4 del capitolato, ai sensi della quale "*l'aggiudicatario dovrà garantire un coordinamento complessivo dei servizi ed esplicitare nel progetto tecnico le modalità tecniche e gli strumenti aggiuntivi rispetto a quelli già messi a disposizione dalla ASL, con i quali procederà ad organizzare l'attività ed impartire gli ordini di servizio*".

Da tale prescrizione il TAR è dunque giunto alle conclusione che gli ordini di servizio al personale verranno impartiti dall'aggiudicatario e non dalla Azienda sanitaria.

5.1. Si tratta tuttavia di affermazione ampiamente ridimensionata da ulteriori previsioni del capitolato, trascurate dal giudice di primo grado.

In particolare, l'art. 5 del capitolato, in cui è espressamente fissata la regola sugli ordini al personale, prevede che gli stessi "*dovranno … attenersi alle direttive dei Responsabili dei Servizi Asl interessati*": le direttive, dunque, non verranno impartite dal committente all'aggiudicatario (come avviene nell'appalto), bensì direttamente dal committente ai lavoratori, elemento questo che caratterizza tipicamente la somministrazione di lavoro, come definita dall'art. 30 del d.lgs. n. 81 del 2015, che ne individua una delle caratteristiche nel fatto che i lavoratori soggiacciono al potere di direzione e controllo dell'utilizzatore.

5.2. Peraltro, è vero che l'art. 4 del capitolato prevede che gli ordini di servizio potranno essere impartiti dall'aggiudicatario, o meglio, che il concorrente indichi in offerta gli strumenti "*ulteriori rispetto a quelli messi a disposizione dalle ASL*" (capitolato, pag. 3) con cui impartire gli ordini di servizio. Ma occorre rilevare, altresì, che è la stessa ASL a "determinare" le "regole" cui dovrà attenersi il personale. Invero, le stesse prescrizioni valorizzate dal TAR (laddove vi si legge che l'impresa impartirà ordini di servizio) prevedono espressamente che la ASL definisca "*obiettivi*" e "*regolestandard*", che l'aggiudicatario - rimanendo il "formale datore di lavoro" (situazione tipica della somministrazione) - trasferirà ai lavoratori: l'art. 4 del capitolato stabilisce infatti che l'aggiudicatario provvederà ad "*impartire ordini di servizio ..nel rispetto degli obiettivi e degli standard fissati dalla Direzione dell'Azienda e/o delle singole strutture*" (capitolato, pag. 3).

Dunque, le scelte organizzative dalle quali promanano le direttive sono rimesse all'utilizzatore delle prestazioni, sebbene promanino dal soggetto fornitore di personale.

5.4. Si tratta, peraltro, di disposizioni riconducibili ad un effettivo potere direttivo del committente, e non di meri suggerimenti o indicazioni finalizzate ad ottimizzare il risultato del prodotto facente comunque capo all'organizzazione e alla gestione proprie dell'appaltatore.

5.5. Pertanto, anche sotto il profilo del potere direttivo del personale messo a disposizione della Asl, la tesi della genuinità dell'appalto sconta limiti di coerenza con il concreto contenuto sostanziale delle prescrizioni di gara.

Si profila, al contrario, un ulteriore elemento tipizzante del contratto di somministrazione, costituito dalla dissociazione dei poteri del datore di lavoro, come delineato dal comma 2 dell'articolo 20 del d.lgs. n. 276 del 2003, secondo il quale "*Per tutta la durata della somministrazione i lavoratori svolgono la propria attività nell'interesse nonché sotto la direzione e il controllo dell'utilizzatore*".

5.6. Il passaggio argomentativo in esame è assai rilevante, in quanto la giurisprudenza ha chiarito che, laddove si verta in fattispecie di appalto in cui la prestazione richiede esclusivamente l'impiego di manodopera, il criterio dell'effettivo esercizio del potere di organizzazione e di direzione, da parte dell'appaltatore o del committente, assume valore decisivo al fine di valutare la genuinità o meno dell'appalto (Cass. civ., sez. lav., 27 marzo 2017, n. 7796).

6. Venendo infine al rischio di impresa - terzo tratto distintivo dell'appalto - il giudice di prime cure ha ritenuto di poterlo rinvenire nei "costi della sostituzione" del personale (anche in caso di sciopero) che l'appaltatore assume nell'erogazione dei servizi, oltre che nella prescrizione dettata dall'art. 6 del capitolato, che pone a carico dell'aggiudicatario i costi per i danni causati dai lavoratori (elemento valorizzato in sentenza alle pagine 4, 5 e 6).

6.1. Anche tali elementi, tuttavia, nell'ottica di una ponderazione complessiva dei tratti caratterizzanti il contenuto del rapporto, non dimostrano l'effettiva presenza di un reale rischio imprenditoriale in capo all'appaltatore.

In proposito occorre considerare che nella fattispecie in esame:

- sono in primo luogo assenti investimenti a carico dell'aggiudicatario, il quale non si fa carico dei costi per l'acquisto e l'organizzazione dei mezzi strumentali alla esecuzione della prestazione richiesta;
- non è stata resa dimostrazione di un apporto di capitale (diverso da quello impiegato in retribuzioni e, in genere, per sostenere il costo del lavoro), ovvero di know-how e beni immateriali in concreto forniti dalla appaltatrice, aventi rilievo preminente nell'economia dell'appalto;
- i servizi richiesti dalla ASL vengono quantificati in ore lavoro (disciplinare, pagg. da 2 a 6) e retribuiti unicamente per le ore lavorate (disciplinare, pag. 28). Altrettanto accade nella somministrazione di lavoro, nella quale non viene retribuito il servizio in quanto tale, ma vengono remunerate le ore di lavoro effettivamente prestate, secondo un meccanismo che elide ogni forma di rischio e che fa corrispondere ad un certo numero di ore lavorate un certo costo per il personale impegnato e un correlato prezzo conseguito dal somministrante;
- anche la prescrizione che pone a carico dell'aggiudicatario gli oneri della sostituzione del personale assente (capitolato, pag. 8) non contraddice, quindi, la natura tipica della somministrazione di personale: essendo l'oggetto della prestazione la "fornitura" del lavoratore, questi, se assente, deve essere sostituito senza oneri per il committente, che retribuisce la singola prestazione lavorativa oraria effettivamente resa (sia pure sulla base di un costo orario che in sé ingloba anche gli oneri della tutela assicurativa del lavoro).

6.3. Analogo rilievo vale per la clausola che esenta la ASL dai danni subiti dai lavoratori, posto che, ai sensi dell'art. 37 del d.lgs. n. 81 del 2015, è l'Agenzia a sostenere gli oneri assicurativi a tutela degli infortuni subiti dai dipendenti.

6.4. Il rischio di impresa non può essere ricondotto neppure alla previsione di penali, come sostenuto dalla ASL.

La penale, infatti, come correttamente eccepito dalla parte appellante, non costituisce indice di rischio di impresa, dovendo questo desumersi dall'alea economica insita nell'attività affidata e derivante dall'imprevedibile andamento del mercato ovvero dalla riuscita delle scelte imprenditoriali compiute dall'appaltatore.

Per converso, nulla osta alla previsione di penali anche nella somministrazione di lavoro, se connesse al grado di diligenza con il quale il somministrante è chiamato ad adempiere le sue obbligazioni (e quindi, ad esempio, al ritardo con cui invia i lavoratori in somministrazione o sostituisce i lavoratori assenti – cfr. i capitolati di gare di somministrazione allegate dalla parte appellante – doc. 6).

In questi casi, la presenza della penale non muta la natura del contratto, ma corrobora l'obbligo di diligenza del contraente (art. 1176 c.c.) - valido per ogni fattispecie di obbligazione - secondo un meccanismo innestabile in qualunque tipologia di contratto.

Peraltro, le penali contenute nel disciplinare della gara *de qua* (art. 35) risultano coerenti con lo schema della somministrazione di lavoro, essendo comminate per l'omesso o il ritardato avvio del servizio, la mancata sostituzione del personale o per eventuali errori commessi dallo stesso.

6.5. Per quanto concerne i danni causati dai lavoratori, è vero che l'articolo 35 comma 7 del d.lgs. 81/2015 (e ancor prima l'art. 26 del d.lgs. n. 276 del 2003), applicabile anche alle somministrazioni instaurate con pubbliche amministrazioni, pone la relativa responsabilità civile in capo all'utilizzatore, quale "datore di lavoro sostanziale", in deroga alla previsione generale contenuta nell'articolo 2049 del

codice civile (si veda in tal senso la circolare n. 9/2007 sui contratti di somministrazione a tempo determinato nelle pubbliche amministrazioni).

Nondimeno, non vi è alcuna preclusione normativa a che l'Agenzia possa pattiziamente porre a proprio carico detti costi, come avviene nel caso di specie.

6.6. In ogni caso, se la disciplina in materia di danni causati dai lavoratori fornisce uno spunto utile alla tesi della parte resistente, è anche vero che per potersi predicare l'esistenza di un contratto d'appalto, occorre che l'oggetto negoziale sia costruito in modo da attribuire - in modo rilevante e per elementi qualificanti l'intero rapporto - il rischio contrattuale all'appaltatore; una condizione, quest'ultima, che nel caso di specie non si realizza, atteso che l'oggetto principale della prestazione è la "fornitura di lavoratori", senza che assuma alcun rilievo, neppure sul piano remunerativo, il concreto risultato conseguito allo svolgimento delle prestazioni lavorative. La presenza di qualche secondaria deviazione da tale modello appare di rilievo marginale e, come tale, non idonea a contraddire la strutturale e prevalente incompatibilità dell'oggetto contrattuale con lo schema dell'appalto di servizi.

7. Per tutto quanto esposto, la disamina in concreto dei contenuti del contratto smentisce la qualificazione giuridica ad esso assegnata dalla ASL e conduce a ravvisarvi una somministrazione di lavoro.

8. Così riconfigurata, la gara si appalesa illegittima sia nella parte in cui non omette di richiamare, quali requisiti di partecipazione, il possesso dell'Autorizzazione Ministeriale e la conseguente iscrizione all'Albo - tutte norme di garanzia applicabili esclusivamente alla "somministrazione di lavoro" e non invece ai contratti d'appalto di servizi - ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. n. 276 del 2003, dell'art. 30 del d.lgs. n. 81 del 2015 e dell'art. 83, comma 3, del d.lgs. n. 50 del 2016; sia nella parte in cui prevede requisiti di ammissione inerenti lo svolgimento di servizi analoghi a quelli oggetto di gara (cfr. disciplinare pag. 2) – essendo questi propri delle imprese che svolgono

appalti di servizi ma non anche delle agenzie di lavoro che, come la società appellante, operino esclusivamente nel campo della somministrazione di personale.

9. Per tutte le ragioni esposte, l'appello è fondato e determina, in riforma della sentenza impugnata, l'accoglimento del ricorso di primo grado e il conseguente annullamento degli atti con esso gravati.

10. Quanto alla regolamentazione delle spese di lite, la peculiarità e la complessità delle questioni trattate ne giustificano la compensazione per entrambi i gradi di giudizio.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto,

lo accoglie e, per l'effetto, in riforma della sentenza impugnata, accoglie il ricorso di primo grado e annulla gli atti con esso gravati.

Compensa le spese del doppio grado di giudizio.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 1 marzo 2018 con l'intervento dei magistrati:

Lanfranco Balucani, Presidente

Umberto Realfonzo, Consigliere

Massimiliano Noccelli, Consigliere

Pierfrancesco Ungari, Consigliere

Giovanni Pescatore, Consigliere, Estensore

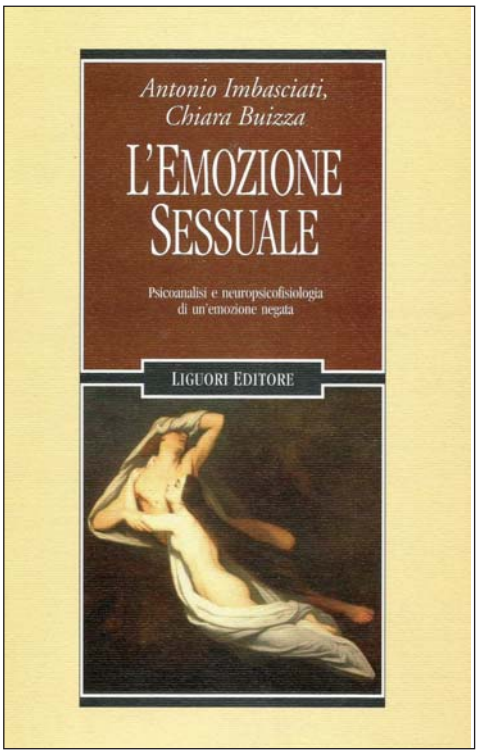
L'ESTENSORE
Giovanni Pescatore

IL PRESIDENTE
Lanfranco Balucani

IL SEGRETARIO

Recensioni

a cura di Giovanni Cavadi

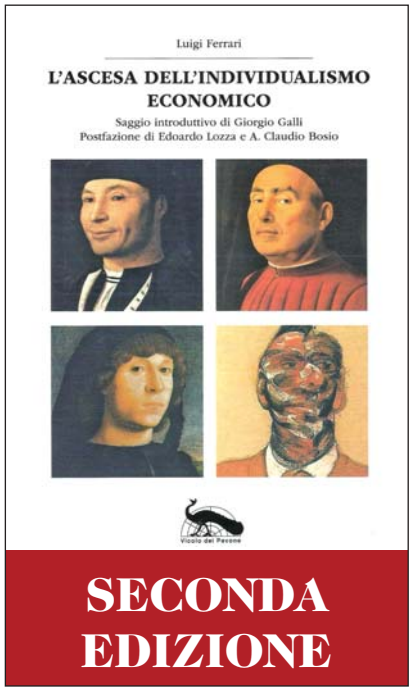


Antonio Imbasciati e Chiara Buizza. L'emozione sessuale. Psicoanalisi e neuropsicofisiologia di una emozione negata. Liguori Editore, Napoli, 2011, pp. 415, € 29,90.

Questo libro è un trattato molto articolato in 16 capitoli sulla sessualità da un punto di vista strettamente psicologico. Rispetto ad altri libri che trattano della sessualità, in una prospettiva prettamente medico-fisiologica, il volume che presentiamo vuole superare il modello meccanicistico per ricondurre il fenomeno della sessualità alla sua matrice psicologica e neuropsicofisiologica.
Secondo gli Autori, in una ottica chiaramente psicodinamica, la sessualità non dà solo emozioni, ma è "essa stessa una emozione, neurale, con più visibili effetti somatici". Data la vastità e complessità dell'argomento hanno contribuito al volume ben 11 specialisti, prevalentemente di formazione psicologica, sotto l'abile regia di Chiara Buizza e Antonio Imbasciati, che sviluppano le varie facce del tema della sessualità sia in chiave normale e patologica e nel corso dello sviluppo del ciclo di vita degli individui, anche nelle varie culture.
Partendo dalle conoscenze neuropsicofisiologiche attuali, la sessualità, ci ricordano gli Autori, è regolata da come il cervello di un individuo "ha cominciato a funzionare nelle relazioni dei primi suoi anni di vita con gli adulti che si occupano di lui"; essa è pertanto "un'organizzazione neurale individuale, acquisita in modo difficilmente modificabile".
Ognuno dei 16 capitoli è corredato da una specifica bibliografia e al termine del libro c'è un interessante e utile indice concettuale ragionato che offre al lettore uno strumento per una migliore comprensione dei termini e dei concetti, con una finalità didattica, molto rara nella pubblicistica in lingua italiana "per una rapida rimemorizzazione di quanto già letto nel testo". (G.C.)

Società Italiana di Psico-Oncologia. Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica. Introduzione alla seconda edizione di Luigi Grassi, 2012 pp. 56, CIC Edizioni Internazionali, Roma, s.i.d.p.

È un documento che si caratterizza come elaborazione e sintesi di alcuni concetti chiave quale strumento di base per un prossimo sviluppo di linee-guida italiane. Interessane l'appendice sulla formazione dedicata agli assistenti sociali, fisioterapisti, infermieri, medici, volontari, psichiatri e agli psicologi. Una specifica bibliografia correda il volumetto. (G.C.)



Luigi Ferrari. L'ascesa dell'individualismo economico. Saggio introduttivo di Giorgio Galli. Postfazione di Edoardo Lozza e A. Claudio Bosio. Vicolo del Pavone, Tortona (AL), seconda edizione, 2016, pp. 974, € 36,00.

Questo libro, giunto alla sua seconda edizione, tratta dell'individualismo come di una storica "immane, lunga, dolorosa distruzione di relazioni" pubbliche e private che, negli ultimi anni "ha assunto ritmi convulsi e accelerati". Rispetto alla prima edizione,che abbiamo avuto di recensire su AUPI Notizie, è arricchito da un nuovo capitolo, il 16°, e numerosi paragrafi e appendici tutte nuove.
L'Autore è uno psicologo e psicoterapeuta, docente ordinario di Psicologia economica e del lavoro e di Psicologia delle condotte finanziarie presso l'Università di Milano-Bicocca.
La quasi totalità del volume è incentrata sulla caduta contemporanea della socialità, sull'isolamento e l'atomismo sociali, osservati e analizzati in contesti diversi e da discipline diverse: la psicologia del lavoro e delle organizzazioni, la sociologia, la psicologia sociale, l'economia e la filosofia, il tutto contestualizzato nello sviluppo storico degli ultimi 500 anni.
Secondo l'Autore l'individualismo economico ha mostrato la sua centralità psicologica e sociale a partire degli inizi dell' '800, ma si è imposto nelle scienze umane contemporanee a partire da uno studio del 1980 sull'individualismo e sul collettivismo nelle organizzazioni condotto dall'IBM Europa.
Una parte consistente del volume è dedicata alle dieci caratteristiche psicologiche basilari che differenziano l'individualismo economico da tutte le svariate forme di individualismo succedutesi nella storia.
Le elenchiamo: l'ostilità sociale endemica, la tolleranza, la fine della vergogna di ceto/casta, la fine dei vincoli di onore, il primato dell'interesse individuale, l'onnipotenza operosa, la pulsione alla crescita economica, l'identità del sé centrata sulla proprietà, la frammentazione dell'Io, le singolarità e particolarità locali non generalizzabili.
L'ultimo capitolo è dedicato ad "uno degli indizi, se non delle prove", della recente caduta della socialità che l'Autore chiama "riduzione del capitale sociale" nelle forme del: disinteresse per la politica, ridotta partecipazione civica, ridotta assiduità religiosa, minori relazioni e calo della sindacalizzazione nei luoghi di lavoro, rarefazione delle relazioni sociali informali, rituali di evitamento interpersonali, calo di altruismo, volontariato e filantropia, crescita della sfiducia e di altre forme di chiusura alla relazione.
Una bibliografia di 2151 (duemilacentocinquantuno) titoli completa la complessità del volume. (G.C.)

Imbasciati Antonio, con la collaborazione di Francesca Dabrassi. La mente medica. Che significa "umanizzazione" della medicina. 2008, pp. 254, Springer-Verlag Italia, Milano, € 39,45.

Il libro tratta della relazione medico-paziente, sulla figura carismatica del medico e sul potenziale curativo di un rapporto umano e accogliente verso i pazienti. Dato che la medicina si è sempre più tecnicizzata e parcellizzata in una moltitudine di specializzazioni, anche i pazienti, secondo l'Autore si sono parcellizzati divenendo così degli oggetti e non più soggetti. L'Autore ci ricorda che nel 1986 il Legislatore ha riformulato il curriculum medico ed in seguito ha istituito ben 22 diplomi universitari che poi si sono trasformati in altrettante lauree sanitarie. Ma gli aspetti più tecnicistici della mentalità medica – la mente medica – uniti alla penuria di risorse economiche, hanno purtroppo vanificato ciò che il legislatore aveva previsto per gli altri professionisti. Ciò ha impedito quella differenziazione che avrebbe dovuto caratterizzare queste nuove professioni, permettendo loro di offrire quell'aiuto umano che oggi il medico spesso non riesce più ad offrire. Il volume si sviluppa in 14 capitoli e due appendici, così articolati: l'osservazione e l'interazione col malato, i modelli sottesi all'attuale prassi medica,come si forma e funziona una mente, il problema inconscio-coscienza, la comunicazione al di là della parola: transfert e controtransfert nella pratica medica, gli equivoci di una psicologia medicalizzata, psicologia clinica e cultura medica, e così via. Il volume si completa con una ricca bibliografia e un utile indice analitico ragionato. (G.C.)

Luigi Dotti & Giovanna Peli. Storie che curano. Lo psicodramma pubblico. Prefazione di Monica Zuretti. 2011, pp.172, Franco Angeli, Milano, € 22,00.

Questo libro è la sintesi dell'esperienza di dieci anni di rassegne di psicodramma pubblico continuativo, in cui si intrecciano elementi teorici, tecnici ed esperienziali ed è rivolto sia ai professionisti delle relazioni umane che alle persone comuni che hanno conosciuto lo psicodramma. Il libro descrive le caratteristiche e le funzioni dello psicodramma pubblico, ossia lo psicodramma come strumento di lavoro di comunità, oltre l'utilizzo esclusivo di strumento clinico, in cui si intrecciano gli stessi aspetti dal punto di vista dei partecipanti, mostrando, con disegni che le illustrano, le loro voci e le loro storie. Una bibliografia specifica e i siti web completano l'opera. (G.C.)

Alessia Nastri. "Trafficando" un progetto di Psicologia del traffico. 2013, pp.80, Logos Edizioni, Padova, € 10,00.

Il volume presenta un progetto psico-educativo relativo alla sicurezza stradale rivolto a studenti, docenti ed educatori. Il progetto è diretto ad educare a comportamenti stradali corretti e rispettosi della vita propria ed altrui e da svolgersi in ambito scolastico. Il volumetto è corredato da una articolata bibliografia. (G.C.)

Piermario Lucchini, Alice Bislenghi & Francesco Ziliani. L'ornitorinco sulla scrivania. Elogio dell'errore in azienda. Prefazione di don Antonio Mazzi. 2014, pp.152, Edizioni ESTE, Milano, € 13,00.

L'ornitorico è un mammifero semiacquatico che vive nelle regioni umide della costa orientale dell'Australia e della Tasmania. Il libro, prendendo a prestito la propria storia personale (Lucchini) e quello dell'ornitorinco, tratta della moltitudine di errori che colpiscono le aziende, per cui il compito del buon manager è quello di individuare gli "errori buoni" cioè quelli che a partire dalle premesse e fino all'esito finale dell'azione il soggetto gestisce con un livello di controllo elevato: "Essi vanno valorizzati perché in fin dei conti sbagliando si impara". (G.C.)

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

SEGRETERIA NAZIONALE

MARIO SELLINI
SEGRETARIO GENERALE
Tel. 348/4112553
e.mail: mariosellini@gmail.com

NATALIO FLARA'
Tesoriere
Tel. 348/4112558
e.mail: natalio.flara@gmail.com

ARMODIO LOMBARDO
Tel. 328/8512667
e.mail: armodiolombardo@gmail.com

GIANCARLO MARENCO
Tel. 0141/487651
e.mail: giancarlomarenco1@gmail.com

DOMENICO PUTZOLU
Tel. 368/553293
e.mail: narbo.domenico@gmail.com

BRUNO TADDEI
Tel. 051/6224285
e.mail: b.taddei@ausl.bologna.it

SALVATORE ZAVAGLIA
Tel. 328/4188758
e.mail: szavaglia@tin.it

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

MEMBRI

ACQUADRO LOREDANA	015/9899819
ALBIERO DAVIDE	0445/313811
ALESSANDRONI VINICIO	0736/844413
ARTICO NICOLA	0586/614258
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714
BELLANCA RITA	349/3323542
BENEDETTI ANNALISA	0522/850418
BERNARDINI ENRICO	0746/278927
BETTINARDI ORNELLA	328/3518180
BONAMICI MARCO	349/2410485
CALLONI GIOVANNI	329/7509118
CALVANI ROBERTO	0432/553571
CANNIZZARO CATERINA	393/2050574
CARTISANO ORLANDO	0963/591650
CASSELLA SERGIO	349/8823605
CASTROGIOVANNI FILIPPO	0935/697061
CASULA SEVERINO	388/6154491
CERIONI ANNA GRAZIA	338/5950253
CIAVONI MAURO	329/1710511
CIRIGLIANO PASQUALE	328/7507378
D'ANGELIS ERMENEGILDO	0824/319317
D'ANGELO ANNA	0885/781776
D'IMPORZANO AGOSTINO	349/8339603
DE LUCA VERA	039/2717478
DE PASQUALE AMELIA	339/2753414
DE PINTO GIANFRANCO	335/7087575
DI BIAGIO PAOLO	347/2508803
DI GIAMMARCO GILDA	338/9078463
FAETI ANTONELLO	334/9432467
FEBBRARO FLAVIA	368/548650
FERRARIO ATTILIO	340/8457856
FINI ALESSANDRA	0574/807916
FLARA' NATALIO	348/4112558
FRATI FULVIO	349/0775079
FRUSTO ADRIANA	071/7583613
GAETA NICOLA	0883/483439
GARAU TULLIO	347/5278967
GAROSI SIMONA	347/7656675
GENTILE SALVATORE	0835/986450
GIAMBUZZI ROBERTO	085/9173275
GIANATTI DANIELA	328/2865763
GIANFRANCESCHI PIETRO	338/3938398
GUASTELLA SALVATORE	335/5713051
INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580
INNEO GIUSEPPE	338/4678461
LAZZARA ANDREA	0175/215270
LEONORI LAURA	347/7658741
LETTINI ALESSANDRO ROCCO	392/9098789
LIBERALATO ROBERTA	0141/482817
LIBIANCHI SILVIA	045/6138548
LIO SONIA	335/6677205
LOMBARDO ARMODIO	328/8512667
LOMBARDO ALESSANDRO	0564/485571
MACCOLINI DIANA	0544/213421
MANGIFESTA ANNA	333/4690308
MARENCO GIANCARLO	0141/487651
MARTELLO CARMELA	339/5088096
MASCI SILVIA	0434/553627
MEGNA FRANCESCO	0962/962568
MENEGHINI CRISTINA	0532/235428
MERANER BETTINA	335/5461763
MERCURI EUGENIO	0968/25331
MERLINI FRANCO	334/6783356
MICOZZI MAURIZIO	348/2630003
MOTTOLA ELISA	333/6780341
MUSCATO CALOGERO	335/6944998
NARDO GIAMPIETRO	348/9335893
NICHETTI GIORGIO ANTONIO	333/4652340
NOCERA GIACOMO	0923/472259
NOVELLI BARBARA	338/8718210
PAINI GIANCARLA	347/2211654
PALMA GIUSEPPE LUIGI	348/7719657
PALMIERI GIOVANNI	0835/253952
PASCALI FERRUCCIO	340/4073885
PEIS RINALDO	347/2727886
PERETTI PAOLO	335/6127875
PICCINNI ANNA	392/0924688
PICCIONI OMBRETTA	0731/534716
PIROMALLI CARLO	090/2224295
PRETI SIMONE	0541/707026
PRIVITERA ANGELA	347/4251121
PROTTI ANTONELLA	333/2026402
PUTZOLU DOMENICO	368/553293
QUARTARELLA SERGIO	348/7719662
RASSU MARIA ROSA	079/9959809
RICCIO DOMENICO	339/4864048
RIPPA ARTURO	329/6505673
RUBINO VINCENZO	349/7923121
SACCHELLI CINZIA	340/3531747
SALINO PAOLA	349/5624609
SAMMARTINO GIUSEPPINA	333/5942289
SANTORO LUCIA	333/8090787
SARTORELLI MARIA CHIARA	347/5142566
SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
SCARDILLI SALVATORE	368/7847709
SCORNAIENCHI CARMELA	0984/987125
SELLINI MARIO	348/4112553
SEMENTA STEFANIA	328/4134609
SERRA EMILIA	347/6443810
SERRA LETIZIA	0131/443370
SGARBI CINZIA	347/2738044
SIRONI PATRIZIA	0372/405409
SIMONETTI ROMEO	338/3645976
SOLARI SILVANO	345/4258568
SPINACI CARLA	0721/1932902
SPITALE GIUSEPPE	0931/582458
TADDEI BRUNO	051/6224285
TAGLIAMONTE MARIA	338/2137311
TIMPANO MARCO	0587/273378
TOCCHINI STEFANIA	0583/700132
TURCO LUIGI	338/7752577
VALDO FRANCA	338/3371157
ZAVAGLIA SALVATORE	328/4188758
ZULLO CLAUDIO	335/424249

PROBIVIRI

ABAZIA LEONARDO	335/7406044	leonardoabazia@libero.it
GHIANI MARIA CARMEN	338/3700477	mariacarmen.ghiani@gmail.com
MANIGLIA RAFFAELE	348/4112556	raffaelemaniglia@gmail.com
MICHETTI SARA	388/9431544	sara.michetti@libero.it
TRISTAINO FRANCESCO	335/5271157	francotri@tin.it

REVISORI DEI CONTI

CAMPOLO FORTUNATO	0964/20494	fortunatocampolo@virgilio.it
DE LUCA GRAZIA	328/7487828	psicologagrazia@libero.it
LIO SONIA	335/6677205	smdb@inwind.it
POLI GIACOMO	0376/919155	giacomopoli53@tiscali.it
TUMMINO VITO	348/4112554	vitummino@gmail.com

CONFERENZA DELLE REGIONI

MARENCO GIANCARLO
SEGRETARIO REGIONALE PIEMONTE
Tel. 0141/487651
giancarlomarenco1@gmail.com

SALINO PAOLA
SEGRETARIO REGIONALE VAL D'AOSTA
Tel. 349/5624609
salino.p@tiscali.it

FRANCO MERLINI
SEGRETARIO REGIONALE LOMBARDIA
Tel. 334/6783356
francomerlini@aliceposta.it

MERANER BETTINA
SEGRETARIO PROVINCIALE BOLZANO
Tel. 335/5461763
bettina.meraner@sabes.it

GIANFRANCESCHI PIETRO
SEGRETARIO PROVINCIALE TRENTO
Tel. 338/3938398
gianpsic@tin.it

NARDO GIAMPIETRO
SEGRETARIO REGIONALE VENETO
Tel. 348/9335893
giampietronardo@interfree.it

SOLARI SILVANO
SEGRETARIO REGIONALE LIGURIA
Tel. 345/4258568
silvanus49@gmail.com

TADDEI BRUNO
SEGRETARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA
Tel. 051/6224285
b.taddei@ausl.bologna.it

CERIONI ANNA GRAZIA
SEGRETARIO REGIONALE MARCHE
Tel. 338/5950253
annagrazia.cerioni@gmail.com

TOCCHINI STEFANIA
SEGRETARIO REGIONALE TOSCANA
Tel. 0583/700132
stefania.tocchini@uslnordovest.toscana.it

BELLANCA RITA
SEGRETARIO REGIONALE UMBRIA
Tel. 349/3323542
rita.bellanca@uslumbria2.it

INNEO GIUSEPPE
SEGRETARIO REGIONALE LAZIO
Tel. 338/4678461
giuseppe.inneo@fastwebnet.it

FLARÀ NATALIO
SEGRETARIO REGIONALE ABRUZZO
Tel. 348/4112558
natalio.flara@gmail.com

BALDASSARRE GIROLAMO
SEGRETARIO REGIONALE MOLISE
Tel. 0874/823714
ginobaldassarre@gmail.com

ZULLO CLAUDIO
SEGRETARIO REGIONALE CAMPANIA
Tel. 335/424249
clazullo@tin.it

PALMA GIUSEPPE LUIGI
SEGRETARIO REGIONALE PUGLIA
Tel. 348/7719657
xkpal@tin.it

GENTILE SALVATORE
SEGRETARIO REGIONALE BASILICATA
Tel. 0835/986450
salvatoregentile4@virgilio.it

LOMBARDO ARMODIO
SEGRETARIO REGIONALE CALABRIA
Tel. 338/1429311
armodiolombardo@gmail.com

SCARDILLI SALVATORE
SEGRETARIO REGIONALE SICILIA
Tel. 368/7847709
salvo_scardilli@virgilio.it

GARAU TULLIO
SEGRETARIO REGIONALE SARDEGNA
Tel. 347/5278967
tulliogarau@gmail.com

PIEMONTE

Segretario Regionale

	MARENCO Giancarlo	0141/487651

Segretari Provinciali

AL	SERRA Letizia	0131/443370
AT	LIBERALATO Roberta	0141/482817
CN	LAZZARA Andrea	0175/215270
NO	PROTTI Antonella	333/2026402
VC	SCACCIONI Raffaella	0161/250097
BI	ACQUADRO Loredana	015 /9899853
VB	LIO Sonia	335/6677205
TO	PERETTI Paolo	335/6127875

VAL D'AOSTA

Segretario Regionale

AO	SALINO Paola	349/5624609

LOMBARDIA

Segretario Regionale

	MERLINI Franco	334/6783356

Segretari Provinciali

MI città	SACCHELLI Cinzia	340/3531747
MI Nord	DE LUCA Vera	039/2717478
MI Sud	CALLONI Giovanni	329/7509118
BG	RUBINO Vincenzo	349/7923121
BS	CIRIGLIANO Pasquale	328/7507378
CO	FERRARIO Attilio	340/8457856
LO	CANNIZZARO Caterina	393/2050574
CR	SIRONI Patrizia	0372/405409
MN	BINI Laura	339/5324246
PV	DI BIAGIO Paolo	347/2508803
SO	GIANATTI Daniela	328/2865763
VA	FAETI Antonello	334/9432467
LP/CO	PAINI Giancarla	347/2211654
LP/CO	MARTELLO Carmela	339/5088096

PROV. BOLZANO

BZ	MERANER Bettina	335/5461763

PROV. TRENTO

TN	GIANFRANCESCHI Pietro	338/3938398

VENETO

Segretario Regionale

	NARDO Giampietro	348/9335893

Segretari Provinciali

BL	TURCO Luigi	338/7752577
TV	CASSELLA Sergio	349/8823605
VR	LIBIANCHI SILVIA	045/6138548
VI	ALBIERO Davide	0445/313811
PD	BONAMICI Marco	349/2410485
RO	NICHETTI Giorgio Antonio	333/4652340
VE	SERRA Emilia	347/6443810

FRIULI

Segretari Provinciali

UD	CALVANI Roberto	0432/553571
PN	MASCI Silvia	0434/553631
TS	RIPPA Arturo	329/6505673

LIGURIA

Segretario Regionale

	SOLARI Silvano	345/4258568

Segretari Provinciali

GE	SOLARI Silvano	345/4258568
IM	PRIVITERA Angela	347/4251121
SP	D'IMPORZANO Agostino	349/8339603

EMILIA ROMAGNA

Segretario Regionale

	TADDEI Bruno	051/6224285

Segretari Provinciali

FE	MENEGHINI Cristina	0532/235428
MO	SGARBI Cinzia	347/2738044
PC	BETTINARDI Ornella	328/3518180
RA	MACCOLINI Diana	0544/213421
RE	BENEDETTI Annalisa	0522/850418
PR	FRATI Fulvio	349/0775079
BO	TADDEI Bruno	051/6224285
RN	PRETI Simone	0541/707026
FC	NOVELLI Barbara	338/8718210

MARCHE

Segretario Regionale

	CERIONI Anna Grazia	338/5950253

Segretari Provinciali

AN	PICCIONI Ombretta	0731/534716
AP	ALESSANDRONI Vinicio	0736/844413
MC	FRUSTO Adriana	071/7583613
FM	MICOZZI Maurizio	348/2630003
PU	SPINACI Carla	071/1932302

TOSCANA

Segretario Regionale

	TOCCHINI Stefania	0583/700132

Segretari Provinciali

GR	LOMBARDO Alessandro	0564/485571
FI	SANTORO Lucia	333/8090787
LI	ARTICO Nicola	0586/614258
LU	TOCCHINI Stefania	0583/700132
PT/PI	TIMPANO Marco	0587/273378
SI	GAROSI Simona	347/7656675

PO	FINI Alessandra	0574/807916
MS	TIMPANO Marco	0587/273378

UMBRIA

	Segretario Regionale	
	BELLANCA Rita	349/3323542
	Segretari Provinciali	
PG	FEBBRARO Flavia	368/548650
TR	LEONORI Laura	347/7658741

LAZIO

	Segretario Regionale	
	INNEO Giuseppe	338/4678461
Roma Metropolitana:	CIAVONI Mauro	329/1710511
RM Sud (RM/6 – FR- LT)	INNEO Giuseppe	338/4678461
RM Nord (RM/4 RM/5- RI- VT)	BERNARDINI Enrico	0746/278927

ABRUZZO

	Segretario Regionale	
	FLARA' Natalio	348/4112558
	Segretari Provinciali	
AQ	VALDO Franca	338/3371157
CH	GIAMBUZZI Roberto	085/9173275
TE	DI GIAMMARCO Gilda	338/9078463
PE	SARTORELLI M. Chiara	347/5142566

MOLISE

	Segretario Regionale	
	BALDASSARRE G.	0874/823714
	Segretari Provinciali	
IS	DE PASQUALE Amelia	339/2753414
CB	MANGIFESTA Anna	333/4690308

CAMPANIA

	Segretario Regionale	
	ZULLO Claudio	335/424249
	Segretari Provinciali	
NA	SIMONETTI Romeo	338/3645976
AV	SEMENTA Stefania	328/4134609
BN	D'ANGELIS E.	0824/313790
CE	RICCIO Domenico	339/4864048
SA	TAGLIAMONTE Maria	338/2137311

PUGLIA

	Segretario Regionale	
	PALMA Giuseppe	348/7719657
	Segretari Provinciali	
BA	DE PINTO Gianfranco	335/7087575
BR	QUARTARELLA Sergio	348/7719662
FG	D'ANGELO Anna	0885/781776
LE	PASCALI Ferruccio	340/4073885
TA	PICCINNI Anna	392/0924688
BT	GAETA Nicola	0883483439

BASILICATA

	Segretario Regionale	
	GENTILE Salvatore	0835/986450
	Segretari Provinciali	
PZ	LETTINI Alessandro	392/9098789
MT	PALMIERI Giovanni	0835/253952

CALABRIA

	Segretario Regionale	
	LOMBARDO Armodio	328/8512667
	Segretari Provinciali	
RC	MOTTOLA Elisa	333/678034
CZ	MERCURI Eugenio	0968/25331
CS	SCORNAIENCHI Carmela	0984/987125
KR	MEGNA Francesco	0962/962568
VV	CARTISANO Orlando	0963/591650

SICILIA

	Segretario Regionale	
	SCARDILLI Salvo	368/7847709
	Segretari Provinciali	
AG	INFURCHIA Giuseppe	0922/832757
CL	SAMMARTINO Giuseppina	333/5942289
CT	SCARDILLI Salvo	368/7847709
EN	CASTROGIOVANNI Filippo	0935/697061
ME	PIROMALLI Carlo	090/2224925
RG	GUASTELLA Salvatore	335/5713051
SR	SPITALE Giuseppe	0931/582458
TP	NOCERA Giacomo	0923/472259
PA	MUSCATO Rino	335/6944998

SARDEGNA

	Segretario Regionale	
	GARAU Tullio	347/5278967
	Segretari Provinciali	
CA	GARAU Tullio	347/5278967
NU	CASULA Severino	388/6154491
OR	PEIS Rinaldo	347/2727886
SS	RASSU M. Rosa	079/9959809

F.A.S.S.I.D.

Federazione AIPaC - AUPI - SIMeT - SINAFO - SNR - Dirigenti

DIPENDENTI / AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

AREA A U P I
ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. _____)
dell'Ente: _____

Alla Segr. Iscritti F.A.S.S.I.D. Area AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE F.A.S.S.I.D. Area AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt___ _____

dipendente con la qualifica di:

- ❑ Dirigente Psicologo
- ❑ Dirigente Biologo
- ❑ Dirigente Chimico
- ❑ Dirigente Fisico
- ❑ Dirigente Medico

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____/_____

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore di F.A.S.S.I.D. Area AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt___ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di _____
dell'anno _____;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt___, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza F.A.S.S.I.D. Area AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data_____ _____
FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

Dr./ssa _____
Via _____
Cap_____ Città _____
Prov._____ Cell._____
e-mail_____
Luogo e data di nascita _____

Al Servizio Economico-Finanziario
Modalità di riscossione dei contributi sindacali
F.A.S.S.I.D. Area AUPI
per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

mediante versamento su c.c.p. n° 72492028
o Bonifico postale con cod. IBAN:
IT68M0760103200000072492028

intestato a

AUPI
Via Arenula 16 - 00186 ROMA

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

❑ **per i dipendenti da tutte le Amministrazioni, pubbliche o private: l'uno per cento (1%) sul totale onnicomprensivo del netto variante in ciascuna busta paga mensile.**

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato il mese di competenza ed il numero degli iscritti ed i loro nominativi, distinti fra deleghe semplici e doppie deleghe; ed inoltre la città sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla. Va evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni necessarie.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata in copia protocollata dall'Ente ad:

AUPI
via Arenula 16
00186 ROMA
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191

SCHEDA ADESIONE *PSICOLOGI*

Adesione polizza RC - AUPI	*fino a 35 anni **	*€ 15,00 ***	❑
Adesione polizza Spese legali	*fino a 35 anni*	*gratuita*	
Adesione polizza RC - AUPI	*oltre 35 anni*	*€ 35,00*	❑
Adesione polizza Spese legali	*oltre 35 anni*	*gratuita*	

** Allegare copia di un documento di identità*

*** Promozione valida per il 2018*

Allegare copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico Postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma. Quota associativa di adesione relativa all'anno solare in corso.

Polizza Assicurativa per la Responsabilità Civile Professionale: copre anche la "Colpa Grave" per tutti i sinistri causati dallo Psicologo Professionista nello svolgimento della propria attività.

Polizza per la copertura delle spese legali.
Tutte le informazioni sono reperibili sul sito www.aupi.it

Per l'attivazione delle polizze è necessario compilare e inviare on line la SCHEDA ANAGRAFICA direttamente dal sito www.aupi.it

A cura del/lla Collega la scheda di adesione dev'essere inviata, corredata dalla fotocopia del versamento, a:*

AUPI-Notizie verrà inviato al seguente indirizzo:

** Riportare sulla causale se si tratta di rinnovo o nuova adesione*

Dr./ssa
COGNOME _____ *NOME* _____
VIA _____
CAP. _____ CITTÀ _____ Pr. ____
TEL. _____ CELL. _____
E-MAIL _____
LUOGO E DATA DI NASCITA _____

AUPI - Via Arenula, 16 - 00186 ROMA
Fax 0668803822 - Tel. 066893191
mail: aupi.it@aupi.it

Il/la sottoscritt_____, ai sensi della vigente legge sulla Privacy, autorizza l'AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini associativi e di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione, riservandosi di limitare o revocare tale autorizzazione in qualunque momento.

Firma: _____

CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

CISL MEDICI
AREA AUPI
ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. _____)
dell'Ente: _____

Alla Segr. CISL MEDICI AREA AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE CISL MEDICI AREA AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt___ _____

❑ *Convenzionato ACN 17/12/2015 per n° _____ ore/sett*
Dichiaro di essere titolare per complessive n° _____
ore/settimanali presso le altre seguenti Aziende Sanitarie:

_____ _____

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____/_____

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato CISL MEDICI AREA AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt___ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di _____
dell'anno _____;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt___, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza CISL MEDICI AREA AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data_____ _____
FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

Dr./ssa _____
Via _____
Cap_____ Città _____
Prov._____ Cell._____
e-mail_____
Luogo e data di nascita _____

Al Servizio Economico-Finanziario
Modalità di riscossione dei contributi sindacali
CISL MEDICI AREA AUPI
per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

mediante versamento su c.c.p. n° 72492028
o Bonifico postale con cod. IBAN:
IT68M0760103200000072492028
intestato a CISL MEDICI AREA AUPI - Via Arenula 16 - 00186 ROMA

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

❑ **per i Convenzionati (quota fissa):**

€ 7.75 mensili per incarichi da 1 a 12 ore settimanali.
€ 11.35 mensili per incarichi da 13 a 24 ore settimanali.
€ 13.95 mensili per incarichi da 25 a 38 ore settimanali.

In caso di incarichi presso più Aziende Sanitarie il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla ASL alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato: il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla. Va sempre evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni essenziali.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata in copia protocollata dall'Ente ad:
CISL MEDICI AREA AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191

FORM-AUPI

È nata la Federazione Italiana delle Società di Psicologia per costituire, salvaguardando l'autonomia e la specificità di ognuna, una esperienza comune in grado di riunire gli sforzi e di finalizzarli verso obiettivi concreti, quali la diffusione e l'informazione delle iniziative scientifiche all'interno e all'esterno della categoria,

STATUTO
Federazione Italiana delle Società di Psicologia
F. I. S. P.

Art. 1. È costituita con atto pubblico una Federazione Italiana delle Società di Psicologia - F.I.S.P, che s'intende duratura dalla data della sua costituzione sino al 31 dicembre 2050 e potrà essere prorogata. L'Associazione ha sede legale in Roma, alla via Arenula 16. Essa può dotarsi di altre sedi decentrate in tutta Italia.
Art. 2. *Omissis*
Art. 3. La Federazione intende mettere e mantenere in contatto fra di loro ed essere un riferimento generale per tutte le Società di Psicologia, qualunque sia il loro campo di attività, la loro metodologia, le loro funzioni, i loro riferimenti teorici o pratici, ponendo la Psicologia nel contesto europeo e mondiale, ed avvalendosi parallelamente del contributo delle altre discipline biomediche, sociali, giuridiche ed economiche.
Gli scopi della F.I.S.P. sono:
a) promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
b) stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
c) promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
d) divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
e) segnalare agli Enti Pubblici e Privati, nonché ad Associazioni, i problemi connessi con la sfera delle attività delle società scientifiche e proporsi come sistematico interlocutore;
f) organizzare commissioni permanenti su: accreditamento, aggiornamento professionale, linee guida, etica, sperimentazioni ecc. su altri settori ritenuti necessari.
A tale scopo, la Federazione intratterrà rapporti costanti con le altre Federazioni, nazionali ed internazionali, nonché con gli Istituti di formazione, l'Università, e con gli Enti pubblici e privati. Con tali Associazioni, Istituti ed Enti la F.I.S.P. potrà stipulare convenzioni, avviando ogni utile collaborazione o assecondando quelle già avviate da altri; potrà inoltre svolgere attività ritenute utili al raggiungimento degli scopi statutari.
La Federazione potrà dotarsi di ogni strumento ed organo di comunicazione interna fra le Società scientifiche ed esterna, organizzare convegni, seminari, e ricerche a livello nazionale ed internazionale, favorire la conoscenza tempestiva di tutte le iniziative utili a migliorare le conoscenze e le applicazioni della Psicologia.
La Federazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate, ad eccezione di quelle ad essa strettamente connesse o di quelle accessorie a quelle statutarie, in quanto integrative delle stesse.

Ai sensi della vigente normativa sulla privacy, avvertiamo i colleghi che l'AUPI opera regolarmente il trattamento dei dati personali, da loro forniti, per i normali e legittimi fini associativi e sindacali: informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ricerca di nuove occupazioni ed opportunità professionali, e simili vantaggiosi obiettivi. Non forniamo mai a terzi i dati in nostro possesso, se non per il calcolo obbligatorio della rappresentatività e, in tal caso, li riduciamo in forma meramente quantitativa ed anonima. In particolare prendiamo sistematiche precauzioni perché non possano essere trafugati ed usati a scopi commerciali. In ogni caso, ogni collega ha il diritto di limitare od annullare in ogni momento ogni forma di trattamento di questi suoi dati personali, comunicando questa sua volontà alla sede nazionale.

È autorizzata la riproduzione totale o parziale dei testi contenuti in questa rivista, citando la fonte.

AUPI Notizie è aperto ai contributi di tutti gli iscritti; la responsabilità dei diversi articoli compete ai rispettivi autori.

SITO AUPI:
http://www.aupi.it
email: aupi.it@aupi.it

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di Giugno 2018

Lo Staff Redazionale di AUPI Notizie

Direttore Responsabile
Mario Sellini

Capo Redattore
Rinaldo Perini

Vice Capo Redattore
Giovanni Cavadi

Redazione di AUPI Notizie
Sede Centrale AUPI
via Arenula 16
00186 ROMA