



CORSO DI PREPARAZIONE AL CONCORSO O.S.S.

1

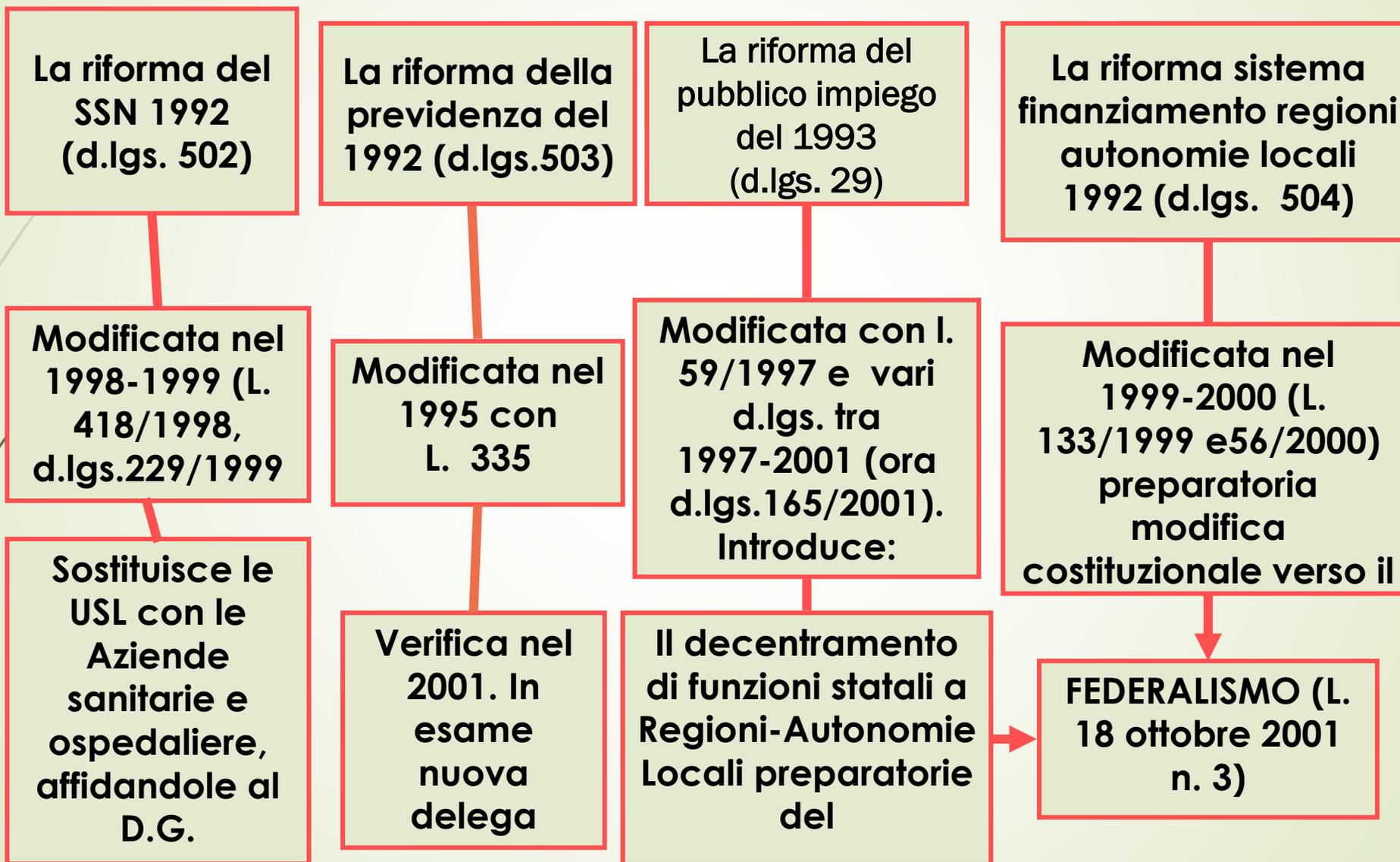


LEGISLAZIONE SANITARIA

Art. 32 Costituzione

- ▶ La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Le Riforme di quattro Settori



I 3 periodi storici evolutivi

- I. Origini (le prime leggi nazionali, le mutue volontarie e facoltative, ecc.)
- II. Sviluppo (diritto all'assistenza ospedaliera, l'assistenza mutualistica obbligatoria, i primi importanti progressi tecnologici, le tensioni finanziarie, ecc.);
- III. Istituzione e successive riforme del SSN.

La storia del SSN

- ❑ Ante 833/78;
- ❑ Legge 833/78 (Creazione del SSN):
- ❑ Dlgs 50/92 e 517/93 (Prima riforma del SSN);
- ❑ Dlgs 229/99 (Seconda riforma del SSN);
- ❑ Riforma Costituzionale del 2001.

Principi ispiratori del SSN

- Tutela della salute (salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività);
- Universalismo e "libero" accesso ai servizi (parzialmente rivisto);
- Superamento degli squilibri territoriali;
- Integrazione di tutti i servizi sanitari (ricondotti alle USL) (rivisto) ;
- Capillarizzazione dei servizi sul territorio (659 USL) (parzialmente rivisto);
- Controllo democratico (attraverso organi elettivi – Comuni, Regioni e Stato) (rivisto);
- Primato della gestione pubblica diretta

D.Lgs 229/2009 – *Riforma Bindi* –

- Regionalizzazione;
- Sistema di finanziamento;
- Quasi-mercato;
- Aziendalizzazione;
- Nuova struttura organizzativa delle aziende e introduzione di meccanismi operativi.

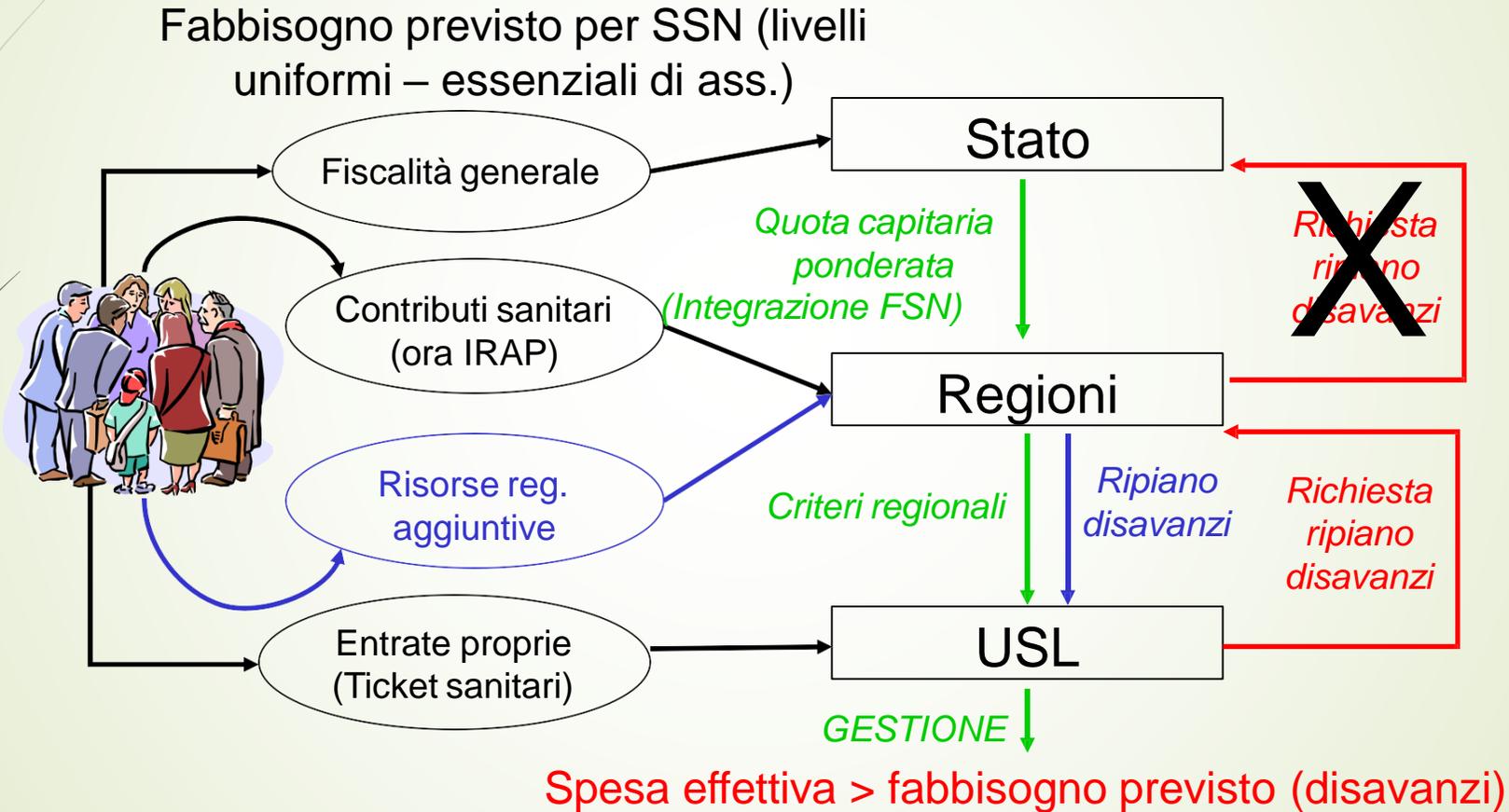
La regionalizzazione

- La funzione di indirizzo e controllo dei Comuni viene meno (USL autonome e cambiano referente politico);
- Regionalizzazione del SSN
 - ❖ Maggiore autonomia nel governo e coordinamento dei SSR (dimensione territoriale delle ASL; identificazione ospedali aziende “quasi-mercato”; nomina DG; assetti delle aziende sanitarie, accreditamento)
 - ❖ Maggiore responsabilizzazione finanziaria: finanziamento (in parte) e copertura dei disavanzi (in parte);
- Riduzione dei poteri nazionali (soprattutto sugli aspetti organizzativo-gestionali).

La regionalizzazione: i LUA/LEA

- Lo stato definisce i livelli minimi (uniformi prima ed essenziali poi) dei servizi che devono essere garantiti ai cittadini su tutto il territorio;
- Lo stato garantisce anche che i finanziamenti a disposizione delle regioni siano sufficienti a garantire i LEA;
- Le regioni sono obbligate a fornire i LEA (eventualmente con risorse proprie); possono anche andare oltre il livello dei LEA.

Nuovo modello di finanziamento



Il “quasi mercato”

- Parziale separazione tra acquirente “per conto del paziente” (Azienda USL) e produttore (nuove Aziende Ospedaliere);
- Sistema di pagamento a tariffe per prestazione => tensione competitiva tra produttori;
- Sistema di finanziamento a quota capitaria della ASL con pagamento della mobilità (i soldi seguono il paziente) => governo della domanda da parte della Azienda USL.

L'aziendalizzazione

- Autonomia delle nuove Aziende Sanitarie (organizzativa, contabile, patrimoniale, gestionale e tecnica);
- De-burocratizzazione (eteroreferenzialità) e gestione secondo i principi di efficacia, efficienza ed economicità;
- Introduzione del General Management (contratti privati, a tempo determinato, con valutazione della performance dei DG; contratti privati anche per DA e DS);
- Nuovi strumenti di gestione: nuovi sistemi contabili, di P&C, di gestione del personale, "marketing" pubblico.

Complessità e difficoltà di attuare un modello basato sul binomio
autonomia/responsabilizzazione

...altri provvedimenti normativi di ordine generale...

15

Modifica del Titolo V della Costituzione

- ✓ Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie...m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;
- ✓ Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a:tutela e sicurezza del lavoro, tutela della salute.....;
- ✓ Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato (art. 117);
- ✓ Autonomia tributaria, fondo di perequazione, divieto di indebitamento per coprire le spese correnti (art. 119)

Struttura organizzativa: introduzione di logiche manageriali

Modello manageriale (graduale introduzione post '92)

- ✓ Direzione “monocratica” (direttore generale, scelto dalla Regione, che nomina direttore sanitario ed amministrativo)
 - ❖ General management
 - ❖ Rapporto “fiduciario” con la capogruppo (Regione)
- ✓ Rafforzamento organi di staff (controllo di gestione, marketing, ecc.) caratterizzati da elevata professionalità, flessibilità e rapporto fiduciario con la Direzione Generale

Meccanismi operativi: introduzione di logiche manageriali

Modello manageriale (graduale introduzione post '92)

- Tendenze in atto sulla gestione del personale:
 - ❖ Maggiore autonomia delle aziende nell'attribuzione incarichi dirigenziali;
 - ❖ Introduzione della retribuzione di risultato;
 - ❖ Diffusione dei sistemi di valutazione, che comportano un esplicito giudizio sulle performance dei dirigenti.
- Sistemi di programmazione e controllo basati sugli output (obiettivi "versus" risorse):
 - ❖ Articolazione dell'azienda in CdR;
 - ❖ Utilizzo budget complessi (ob.vi su attività e qualità);
 - ❖ Collegamento della retribuzione di risultato al raggiungimento degli ob.vi.

Legge 405/01

- Maggiore autonomia alle Regioni (costituzione AO, sperimentazioni, modalità copertura disavanzi);
- Omogeneità-uniformità (definizione dei LEA a livello nazionale);
- Alcuni Vincoli (riduzione PL per acuti, convenzioni per l'acquisto di beni e servizi).

La Riforma Costituzionale del 2001 ha introdotto la
distinzione



tra potestà esclusiva e potestà concorrente;

Attraverso la potestà concorrente le Regioni possono
legiferare su specifiche materie per le quali la
determinazione dei
principi fondamentali
è, invece, riservata allo Stato.

Nel campo della sanità lo Stato mantiene la competenza esclusiva per quanto concerne la determinazione dei

LEA e dei diritti civili e sociali

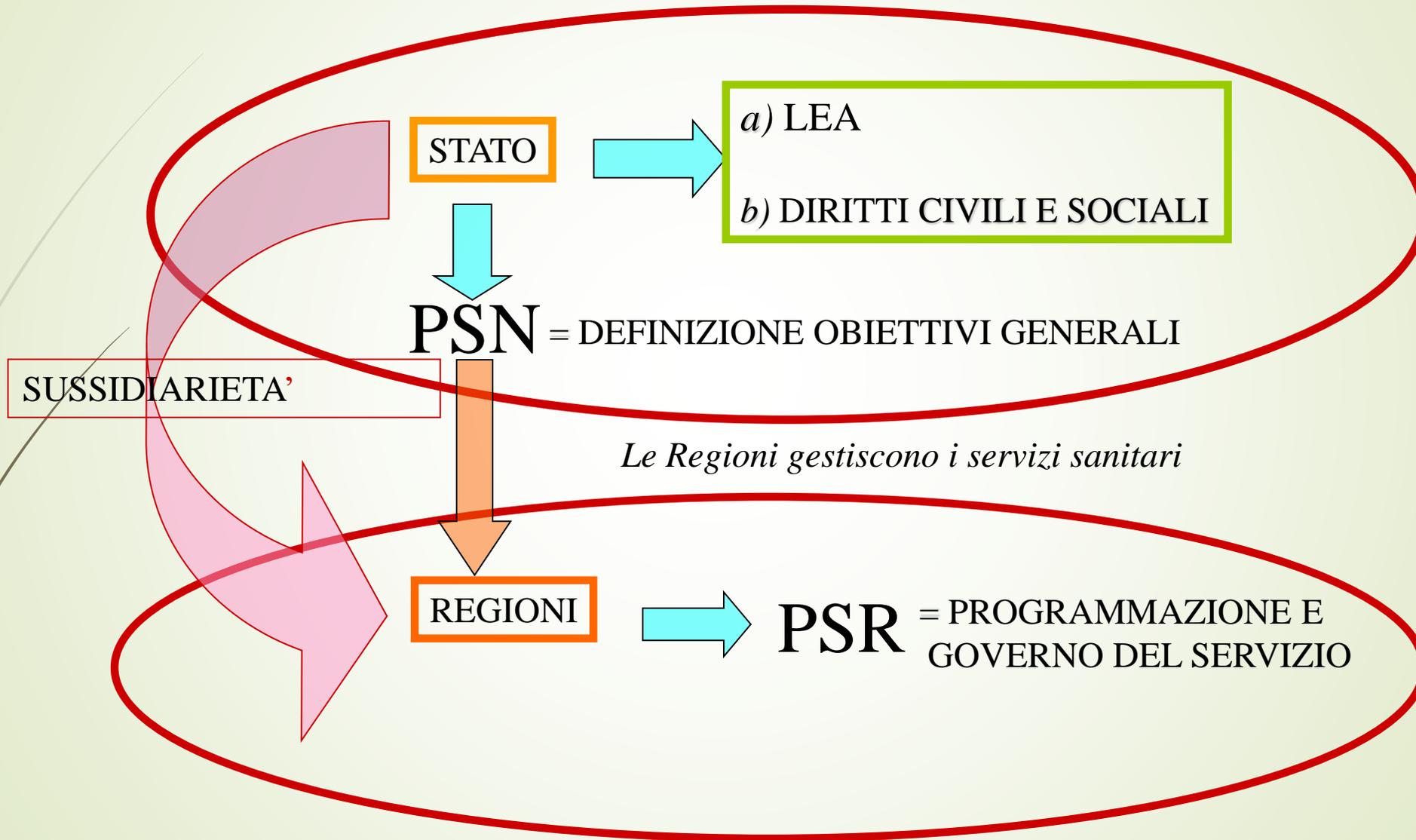
che sono garantiti su tutto il territorio nazionale.

In sostanza lo Stato formula dei principi generali, senza però definire come devono essere applicati nel territorio: tale compito passa alla



competenza esclusiva delle Regioni.

Lo Stato garantisce l'equità sul territorio nazionale



La modifica al titolo V della Costituzione ha riflessi anche sui P.S.R. delle varie Regioni; essi stanno diventando sempre più dei veri e propri

strumenti di programmazione e di governo del Sistema Sanitario Regionale.



Con questa Riforma sono stati definiti nuovi rapporti tra Stato, Regioni ed Enti locali (Province e Comuni) che si fondano sul principio della *collaborazione* e della *sussidiarietà* intese come.....



Partecipazione dei diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo, da quelli più vicini ai cittadini (Comuni).

IL RUOLO DELLE REGIONI AD OGGI

Principali funzioni: strumenti di governo del SSR

Definizione di politiche e regole complessive per il SSR

- ✓ Definizione assetti istituzionali di sistema;
- ✓ Programmazione – Sistemi di accreditamento;
- ✓ Finanziamento delle aziende sanitarie;
- ✓ Sistemi di P&C a livello regionale;
- ✓ Nomina e valutazione DG aziende sanitarie;
- ✓ Linee-guida di organizzazione, funzionamento, sistemi contabili delle aziende sanitarie

La definizione degli assetti istituzionali

Con la riforma del SSN dei primi anni 90 sono divenuti di competenza regionale:

- ✓ la ridefinizione dell'articolazione del territorio regionale in ASL, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia;
- ✓ la costituzione in aziende degli ospedali di rilievo nazionale, di alta specializzazione e, più in generale, di quelli in possesso dei requisiti richiesti.

Legislazione Socio Sanitaria Regione Puglia

Leggi regionali

- L.R. n. 36/94;
- L.R. n. 38/94,

<p>Norma di recepimento della legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione di interventi e servizi sociali"</p>	<p>FAMIGLIE E MINORI</p>	<p>ANZIANI</p>	<p>DISABILITÀ</p>	<p>IMMIGRAZIONE</p>	<p>PERSONE A RISCHIO DI ESCLUSIONE SOCIALE</p>	<p>DIPENDENZE PATOLOGICHE</p>	<p>SALUTE MENTALE</p>
<p>L.R. 10 luglio 2006 n.19 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia" Regolamento regionale n. 4/2007</p> <p>-----</p> <p>Regolamento regionale 18 aprile 2012, n.7, "Modifiche urgenti al regolamento regionale n. 4 del 18 gennaio 2007 e s.m.i."</p> <p>-----</p> <p>L.R. 25 agosto 2003, n. 17, "Individuazione degli ambiti territoriali e disciplina per la gestione associata dei servizi socioassistenziali" ----</p> <p>-----</p> <p>Regolamento regionale 7 aprile</p> <p>-----</p> <p>L.R. 25 febbraio 2010, n.4 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali"</p>	<p>L.R. 21 marzo 2007, n. 7 "Norme per le politiche di genere e i servizi di conciliazione e vita-lavoro in Puglia" -----</p> <p>Del.G.R. 17 aprile 2007 n. 494 "Linee Guida regionali per l'affidamento familiare dei minori in attuazione della l.n. -----</p> <p>L.R. 2 aprile 2004, n. 5 "Legge quadro per la famiglia" -----</p> <p>L.R. 4 dicembre 2009, n. 31 "Norme regionali per l'esercizio del diritto all'istruzione e alla formazione</p>	<p>L.R. 8 aprile 2011, n. 5 "Norme in materia di residenze sociosanitarie assistenziali, riabilitazione e hospice e disposizioni urgenti in materia sanitaria" -----</p> <p>L.R. 25 febbraio 2010, n. 2 "Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari"</p>	<p>Art.2 lett f, art. 3 comma 6, art. 23 lett. f., L.R. 10 luglio 2006, n.19 Art. 4, L.R. 4 dicembre 2009, n.31 "Norme regionali per l'esercizio del diritto all'istruzione e formazione "</p>	<p>L.R. 4 dicembre 2009, n. 32, "Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia" -----</p> <p>Art. 3 - legge regionale del 10 luglio 2006, n. 19 ;</p> <p>-----</p> <p>Art. 3 - legge regionale del 4 dicembre 2009, n. 31 "Norme regionali per l'esercizio del diritto all'istruzione e alla formazione" -----</p> <p>Art. 1, comma 1, lett. c), L.R. 9 agosto 2006, n. 26 "Interventi in materia sanitaria"</p>	<p>REDDITO DI DIGNITÀ ISEE e accesso alle prestazioni/ servizi sociali in Puglia</p>	<p>L.R. 13 dicembre 2013, n. 43 "Contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico" -----</p> <p>Art. 6, L.R. 9 agosto 2006, n. 26 "Interventi in materia sanitaria" -----</p> <p>L.R. 6 settembre 1999, n. 27 "Istituzione e disciplina del dipartimento delle dipendenze patologiche nelle aziende Usi!"</p>	<p>Del.G.R. 25 marzo 2010, n. 916</p>

La gestione dei disavanzi a livello regionale: Potenziali cause

Sottodimensionamento fondi

Squilibrio risorse domanda

Disegni regionali non adeguati

Inefficienze aziende sanitarie

Incapacità asl governo domanda

A livello regionale

A livello aziendale

Strumenti regionali di ripiano

- Controllo spesa sanitaria;
- Aumento entrate tributarie (irpef, irap, ticket, altre entrate);
- Storno risorse da altri capitoli.

Misure idonee per la copertura dei disavanzi

- variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF o altre misure fiscali previste dalla normativa vigente;
- misure di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- dismissione del patrimonio immobiliare;
- utilizzo di fondi regionali destinati ad altri settori di spesa non sanitari;
- finanziamenti relativi ad esercizi precedenti, non ancora erogati, i cui costi risultino, però, non ancora sostenuti;
- distribuzione diretta di farmaci;
- adesione alle convenzioni Consip e centralizzazione degli acquisti;
- blocco delle assunzioni e razionalizzazione dell'organico;
- introduzione del budget in Medicina Generale;
- riduzione delle tariffe e introduzione dei tetti di spesa.

Le prime cinque misure rappresentano forme di incremento delle entrate, le altre iniziative di razionalizzazione della spesa.

INTERVENTI SUI SISTEMI DI FINANZIAMENTO

- Dal punto di vista del sistema di finanziamento i meccanismi adottati sono stati:
 - ❖ **tetti di sistema**, come quello adottato per alcuni anni in Lombardia, in cui la regione predefinisce l'ammontare di risorse destinate a un certo settore (quello ospedaliero nel caso specifico) e se l'insieme della produzione da finanziare eccede il predefinito, vengono percentualmente ridotte le tariffe;
 - ❖ **tetti di struttura**, il più diffuso e tuttora adottato da molte regioni, in cui a ogni produttore viene assegnato un volume massimo di produzione in termini finanziari, solitamente definito su base storica, superato il quale le prestazioni non vengono remunerate o vengono valorizzate a tariffe decrescenti;

Le aziende che operano nel settore sanitario

UN NUOVO SISTEMA PUBBLICO

Il fine istituzionale di tutela della salute del SSN non è un compito esclusivo del sistema pubblico, ma è un obiettivo dell'intero sistema sociale, cui concorrono soggetti pubblici e privati che hanno ruoli diversi, ma di pari dignità.

Il carattere pubblicistico del SSN non è da associare a un'idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica, quanto piuttosto all'unicità pubblica del governo delle regole e delle relazioni tra i soggetti del sistema (PSN 2006-2008).

Il livello locale

- Aziende sanitarie: gestione dell'assistenza:
 - ASL: gestione di tutti i servizi sanitari (inclusa o meno l'assistenza ospedaliera a seconda dei modelli di SSR) + gestione della domanda (pazienti);
 - AO: gestione dell'assistenza ospedaliera;
 - Case di cura private accreditate: gestione dell'assistenza ospedaliera – Altre strutture sanitarie pubbliche e private (RSA, riabilitazione, diagnostica...);
 - Il privato privato;
- Professionisti sanitari (MMG, specialisti).

LE ASL

- Le ASL, enti dotati di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, provvedono a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, ad organizzare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e ad erogarla attraverso strutture pubbliche o private accreditate.
- per l'assistenza territoriale, esistono una pluralità di strutture e soggetti, quali: – strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
 - ❖ strutture territoriali come i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno infantili e i centri distrettuali;
 - ❖ strutture semiresidenziali come ad esempio i centri diurni psichiatrici;
 - ❖ strutture residenziali quali le residenze sanitarie assistenziali (RSA) e le case protette;
 - ❖ i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), che in quanto convenzionati con il SSN, rivestono un ruolo di governo e indirizzo della domanda e di erogazione dell'assistenza di base.
- per l'assistenza ospedaliera, essa può essere gestita direttamente dai presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL o acquistando prestazioni da altre strutture di erogazione.

Il rapporto di Pubblico Impiego



LAVORO PUBBLICO

BENE DI TUTTI

Definizione:

Rapporto di lavoro in cui una persona fisica pone *volontariamente* la propria attività, in via *continuativa*, e dietro *retribuzione*, al servizio dello Stato o di un Ente Pubblico non economico, assumendo particolari *diritti e obblighi*.

Riferimenti Normativi

- D.P.R. n. 3/57;
- D.Lgs. n. 29/93 (cd. Privatizzazioni);
- D.Lgs. n. 165/2001;
- L. 150/2009 (Riforma Brunetta);
- L. 124/2015 (Riforma Madia).

Evoluzione storica della legislazione sul pubblico impiego

Il regime precedente la privatizzazione era caratterizzato da:

- Regime rigorosamente pubblicistico;
- Unilateralità della disciplina e irrilevanza della fonte contrattuale;
- Giurisdizione esclusiva del Giudice Amministrativo (T.U. CdS 1924).

43 | D.P.R. n. 3 del 1957 (T.U. delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato):

- Primo passo verso la parificazione tra lavoro privato e pubblico;
- Sostanziale cristallizzazione della situazione preesistente;
- Attenuazione della struttura gerarchica;
- Introduzione delle carriere (direttiva, di concetto, esecutiva e ausiliaria) e delle qualifiche.

44 Dal D.P.R. 3/57 alla L. 312/80:

- **L. 312/68:** riconobbe, per la prima volta, il ruolo delle organizzazioni sindacali nella definizione e gestione dei rapporti di impiego;
- **D.P.R. 748/72:** istituì la carriera dirigenziale, scorporandola da quella direttiva (dirigente generale, dirigente superiore e primo dirigente);
- **L. 312/80:** soppressione regime delle carriere e istituzione delle qualifiche funzionali (in ordine ascendente, in relazione alla quantità della prestazione ed al grado di responsabilità dell'impiegato: riconoscimento tacito del *dovere di produttività* del pubblico dipendente).

45 La legge – quadro n. 93 del 1983

- Inizia il processo di privatizzazione del P.I. responsabilizzando le organizzazioni sindacali anche in tema di scioperi;
- Riconoscimento del ruolo primario della contrattazione collettiva nella regolamentazione di talune materie non riservate alla legge o agli atti unilaterali di organizzazione delle P.A.
- Enunciazione del dovere di produttività degli impiegati.

46 La crisi del sistema pubblicistico:

- Il recepimento dei contratti in un atto pubblicistico si poneva in contrasto con il principio di contrattualizzazione;
- Violazione del riparto di competenze legge-contratto collettivo;
- Interventi legislativi ad hoc per i diversi enti pubblici;
- Mancanza di efficienza e produttività di stampo privatistico (assenza di controlli, stabilità del rapporto e iper-garantismo legislativo).

471 D.Lgs. 29 del 1993: la *prima* privatizzazione del p.i.:

Il carattere soggettivamente pubblico di uno dei contraenti non implica la natura necessariamente pubblicistica del rapporto

- Passaggio agli atti di organizzazione del lavoro pubblico dalla sfera pubblica a quella privatistica (problemi di costituzionalità, ex art. 97 Cost.);
- Applicazione della disciplina di diritto comune (codice civile e contrattazione collettiva);
- Contratto collettivo immediatamente efficace con la sottoscrizione.

Il D.Lgs. 29 del 1993: la *prima* privatizzazione del p.i.:

48

- Attuazione dei principi di efficienza, produttività ed economicità dell'azione amministrativa;
- Separazione della funzione di indirizzo politico da quella di gestione amministrativa, mediante il riordino della dirigenza pubblica e la ridefinizione di uffici e piante organiche;
- Istituzione dell'ARAN, Agenzia per la Rappresentazione Negoziale delle P.A.;
- Introduzione della mobilità lavorativa;

- La disciplina delle mansioni, degli aspetti economici, del procedimento disciplinare viene riservata alla contrattualizzazione;
- Devoluzione al Giudice Ordinario delle controversie in materia di pubblico impiego.

50 Obiettivi del legislatore del 1993:

- Aumentare l'efficienza e la produttività della P.A. (nuclei di valutazione/controllo di gestione);
- Razionalizzare il costo del lavoro pubblico;
- Favorire la flessibilità del personale

Fine 1994 inizio 1995 sono stati siglati i primi contratti collettivi nominativi quadriennali, destinati a rappresentare il momento del definitivo passaggio dalla vecchi alla nuova disciplina del lavoro nelle P.A.

D.Lgs. 80 del 1998 – la seconda privatizzazione:

- Già la L. 59/97 aveva inteso superare una incongruenza presente nella riforma del '93: distinzione tra dirigenti, soggetti alla privatizzazione e dirigenti generali disciplinati da norme di diritto pubblico;
- Istituzione del *ruolo unico* interministeriale dei dirigenti (due fasce);
- Razionalizzazione e semplificazione delle contrattazione collettiva;
- Separazione tra disciplina degli uffici (art. 97 Cost.) e disciplina del rapporto di lavoro;
- Potenziamento controlli di gestione e di rendimento;
- Viene fissata una data (30 giugno 1998) per l'effettivo passaggio al Giudice Ordinario del contenzioso del pubblico impiego;

- Principio di distinzione tra le funzioni di indirizzo e di controllo spettanti al governo e le funzioni di attuazione e gestione degli obiettivi spettanti ai dirigenti;
- Assunzione di responsabilità per il mancato raggiungimento degli obiettivi o in caso di inosservanza delle direttive;
- Cancellato il rapporto di gerarchia fra i vertici politici e dirigenti, sostituendo ad essa una formula organizzativa ispirata alla direzione;
- Agli organi politici sono inibiti poteri di gestione diretta e di ordine nei confronti dei dirigenti, residuando solo poteri di indirizzo e direttiva, di verifica e controllo, di attivazione e contestazione della responsabilità dirigenziale.

54 | **D.Lgs. 165 del 2001** *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pp.aa.:*

- Sistemazione organica e aggiornamento delle leggi vigenti in materia;
- Porta a compimento il processo di privatizzazione;
- Il rapporto di lavoro alle dipendenze di una P.A. si differenzia dal privato soltanto per la natura soggettivamente pubblica di uno dei contraenti.

Gli ultimi interventi:

55

L. 145 del 2002: modifiche al sistema della dirigenza pubblica, con l'introduzione della vicedirigenza e la regolamentazione dello spoil system (dirigenti nominati su base fiduciaria dagli organi politici). Ha introdotto meccanismi atti ad incentivare la mobilità tra pubblico e privato;

L. 3 del 2003: ha istituito l'Alto Commissariato per il contrasto e la prevenzione della Corruzione nella P.A.;

D.P.R. 258 del 2004: norma sulla mobilità, sull'innovazione tecnologica della P.A., sul piano annuale di formazione del personale, ecc.;

L. 124 del 2015: *Riforma Madia*: deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche e deleghe in materia di dirigenza pubblica, riorganizzazione dell'amministrazione statale centrale e periferica, digitalizzazione della PA, semplificazione dei procedimenti amministrativi, razionalizzazione e controllo delle società partecipate, anticorruzione e trasparenza

56 Ambito di applicazione del D.Lgs. 165/01

Si applica a tutte le amministrazioni pubbliche: amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende delle amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e le loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Aran e le altre Agenzie statali.

La riforma del quadro normativo prodotta dalle modifiche apportate dal d.lgs. 150/2009 al d.lgs. 165/01:

- Restringe il campo delle materie disponibili per la contrattazione integrativa, riducendole (ambito privatistico);
- Potenzia di conseguenze le materie riservate all'informazione preventiva e successiva (ambito pubblicistico);

Sistema delle fonti del rapporto di lavoro *privatizzato*

- *Diritto comune*: regole stabilite dal libro V del codice civile, dallo Statuto dei Lavoratori e dalle norme speciali che disciplinano il lavoro privato;
- Contrattazione collettiva: i rapporti di lavoro, nelle materie non coperte da riserva di legge (organizzazione degli uffici), sono disciplinati dai contratti collettivi (che non richiedono un atto di recepimento) ed individuali;
- *Norme specifiche previste dal D.Lgs. 165/01* (es. settore delle mansioni, art.52).

D.Lgs. 165/2001 art. 2 - Fonti

Comma 2: I rapporti di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche sono disciplinati dalle disposizioni del capo I, titolo II, del libro V del codice civile e dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa, fatte salve le diverse disposizioni contenute nel presente decreto....

Comma 3: I rapporti individuali di cui al comma 2 sono regolati contrattualmente.

I contratti collettivi destinati alla regolamentazione del trattamento economico, sono stipulati secondo i criteri statuiti dal titolo III del decreto delegato
CONTRATTAZIONE COLLETTIVA E RAPPRESENTATIVITA' SINDACALE.

La Contrattazione Collettiva

Esistono due livelli di contrattazione: i *contratti collettivi nazionali di comparto*, riguardanti settori omogenei ed affini, ed i contratti integrativi a livello di singola amministrazione.

La contrattazione collettiva si svolge su tutte le materie relative al rapporto di lavoro ed alle relazioni sindacali.

I contratti collettivi acquistano *EFFICACIA EX SE*, dal momento della loro sottoscrizione.

I soggetti che partecipano alla contrattazione collettiva sono le organizzazioni sindacali ammesse alla contrattazione, e l'Aran che rappresenta, nella contrattazione, tutte le pubbliche amministrazioni.

L'efficacia erga omnes del contratto collettivo

Il C.C. dopo la sottoscrizione acquista efficacia nei confronti delle amministrazioni interessate (del comparto) e di tutti i lavoratori.

Il contratto individuale di lavoro rinvierà alle condizioni stabilite dal c.c. e costituirà la fonte regolatrice del rapporto, vincolante per il lavoratore.

L'efficacia erga omnes dei c.c. non discende dalla previsione ex art. 39 Cost.

In ogni caso i contratti divengono efficaci trascorso il 55° giorno dalla sottoscrizione dell'ipotesi di accordo (art. 47, comma 7 D.Lgs. 165/2001 mod. dalla L. 296/2006 Finanziaria 2007).

Sent. Corte Cost. n. 309 del 16/10/97

- L'obbligo delle PP.AA. di applicare il c.c. nasce direttamente dalla legge, e cione dall'art. 45 del D.Lgs. al rispetto degli obblighi assunti in sede di contrattazione collettiva.
- L'estensione dell'efficacia del contratto collettivo ai dipendenti non aderenti alle associazioni stipulanti discende dall'art. 49, co. 2 del D.Lgs. 29 del 1993 che garantisce la parità (uniformità) di trattamento contrattuale. Sent. Corte Cost. n. 309 del 16/10/1997..[.il pubblico dipendente...rinviene nel contratto individuale di lavoro...la fonte regolatrice del proprio rapporto; l'obbligo di conformarsi, negozialmente assunto, nasce proprio dal rinvio alla disciplina collettiva contenuta in tale contratto.

Grazie per l'attenzione

