

L'AAROI-EMAC DIFENDE I SUOI ISCRITTI DAI MORTIFICANTI PROVVEDIMENTI DEL GOVERNO

AZIONI A SOSTEGNO DELL'APPLICAZIONE DEGLI ISTITUTI CONTRATTUALI

L'AAROI-EMAC presenta in questo documento alcune considerazioni su istituti contrattuali spesso disattesi, con lo scopo di diffondere una cultura negoziale in coloro che devono garantirne l'applicazione pratica nell'attività professionale quotidiana.

Il documento, elaborato dall'“Unità di Crisi” istituita dal Consiglio Nazionale dopo l'approvazione della Finanziaria, prende in considerazione gli istituti elencati nei Contratti di lavoro della Dirigenza Medica dal 1996 ad oggi, la cui applicazione, in particolare, ha rilevanza per i medici Anestesisti Rianimatori, dell'Emergenza e dell'Area Critica.

PRIMO SETTORE

ASPETTI DERIVANTI DALL'APPLICAZIONE DELLE RELAZIONI SINDACALI

In questo primo settore si debbono considerare

a) la corretta costituzione della delegazione trattante:

- in merito alla partecipazione della UMSPED (AAROI, AIPaC, SNR) per quanto attiene alle istanze ancora aperte e riguardanti gli aspetti applicativi del CCNL 17/10/2008 nonché del Contratto Integrativo sulle sanzioni siglato il 6/5/2010;
- in conseguenza della variazione della sigla AAROI in AAROI-EMAC alla partecipazione delle trattative sul II biennio economico. Particolare riguardo alla composizione della delegazione trattante con facoltà di partecipazione per il rappresentante aziendale e/o di quello provinciale/territoriale, secondo la realtà nella quale si lavora e comunque secondo formulazione “interna corporis” da parte dell'AAROI-EMAC;
- in merito alla sottoscrizione del Contratto Integrativo Aziendale (di seguito denominato CIA), obbligatoriamente preceduto dal corretto svolgimento delle procedure di cui alla contrattazione con distribuzione di risorse (vedi oltre). Si ricorda che il CIA ha valore unicamente se contiene almeno tutti gli accordi minimi previsti dal CCNL vigente, se non contraddice superiori disposizioni normative e se viene sottoscritto dalla maggioranza semplice (50%+1) dei soggetti sindacali rappresentativi, maggioranza da computarsi a ciascun soggetto (O.S.) per la percentuale ad esso assegnata in conseguenza della sua effettiva rappresentanza aziendale, come risultante al 31 gennaio dell'anno in corso. La rappresentanza aziendale di tutte le OO.SS. rappresentative deve essere obbligatoriamente e formalmente comunicata entro il successivo mese di marzo dalla Direzione Aziendale ad ogni O.S. rappresentativa interessata.

b) la regolamentazione aziendale delle modalità applicative del diritto allo sciopero, da predisporre a seguito di contrattazione decentrata, in particolare per quanto riguarda:

- il contingente minimo di personale che deve essere garantito, con riferimento alle attività di servizio individuate come minime ed essenziali;

- l'individuazione delle posizioni dirigenziali i cui titolari possano eventualmente esserne esonerati d'ufficio;
 - l'individuazione delle corrette modalità di adesione (obbligatorio non il preavviso di adesione, ma la rendicontazione a consuntivo degli aderenti);
 - le corrette modalità di eventuale precettazione con ordine di servizio ai fini di assicurare i servizi minimi essenziali;
- c) la sostanziale differenza delle tematiche per le quali devono essere previste diverse modalità di coinvolgimento delle OO.SS. nell'ambito della definizione del CIA, che consistono rispettivamente nei seguenti diversi livelli di relazioni sindacali:

- contrattazione con distribuzione di risorse, per la quale il mancato accordo non consente l'erogazione delle stesse;
- contrattazione senza distribuzione di risorse, per la quale, al termine dei 30 giorni previsti, le parti possono prorogare il termine utile di sottoscrizione di ulteriori 30 giorni, inutilmente trascorsi i quali le OO.SS. sono libere di assumere le più opportune iniziative del caso, entro i limiti del legittimo esercizio delle proprie prerogative, compresa la proclamazione di forme di agitazione;
- concertazione, per le materie di specifica competenza;
- consultazione, per le materie di specifica competenza;
- informazione, per le materie di specifica competenza comprese, a maggior ragione, quelle oggetto di contrattazione, concertazione, consultazione, per queste essendo obbligatoria e imprescindibile l'informazione preventiva. In mancanza del predetto requisito di informazione preventiva le OO.SS. possono impugnare qualsiasi atto deliberativo aziendale;
- confronto nelle materie previste dagli articoli contrattuali che riconoscono alla Regione un ruolo di indirizzo e coordinamento nei confronti delle Aziende Sanitarie.

Attenzione

- Spesso la Parte Pubblica (Direzione Generale Aziendale, Assessorato Regionale alla Sanità) non adempie alle necessarie convocazioni delle OO.SS. per le trattative, sia previste dal CCNL che richieste da una o più OO.SS. E' consigliabile, in questi casi, procedere (preferibilmente come Intesindacale Aziendale o Regionale) a sollecitare formalmente le convocazioni in questione.
- Il sollecito può essere formalizzato, in ogni caso, tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, oppure, nel solo caso di trattative aziendali, anche tramite la sua trasmissione documentata al protocollo generale aziendale (da evitare la posta interna aziendale).
- In caso di esito negativo (diniego, o mancata risposta entro il termine di 15 giorni, o comunque mancata convocazione entro i termini utili), è consigliabile diffidare la Parte Pubblica di "comportamento antisindacale" per mancata applicazione rispettivamente del CCNL o del CCNQ di riferimento, con la possibile contestuale o successiva attivazione delle procedure previste in questi casi.

SECONDO SETTORE

L'ISTITUZIONE DELLE VARIE COMMISSIONI AZIENDALI – COMITATI PARITETICI

In questo secondo settore si esaminano gli Istituti Regionali e Aziendali previsti in applicazione della facoltà di esercizio delle corrispondenti iniziative sindacali:

- a) **Un Comitato Regionale dei Garanti**, deputato alla vigilanza sull'attuazione degli indirizzi regionali in materia sanitaria, la cui costituzione deve essere sollecitata dalle OO.SS. e la cui

composizione deve prevedere un rappresentante sindacale designato come titolare e uno come supplente (auspicabilmente previo accordo tra tutte le OO.SS. Regionali).

- b) **Una Conferenza Regionale Permanente** composta dagli Organi di Governo Regionale, dalla rappresentanza dei Direttori Generali e delle OO.SS. firmatarie del CCNL, deputata al monitoraggio della politica sanitaria e della corretta applicazione dei Contratti, la cui costituzione, obbligatoria, deve pertanto essere pretesa e la cui attività istituzionale deve poter essere esercitata appieno nel tempo;
- c) **Un Comitato Paritetico Aziendale sulle Pari opportunità e sul fenomeno del “mobbing”**, la cui funzione e composizione rivestono particolare attualità. La sua costituzione è obbligatoria;
- d) **Osservatori o Commissioni Bilaterali per la discussione di particolari tematiche** quali l'organizzazione del lavoro, la sicurezza e l'igiene sul luogo di lavoro, la cui costituzione è raccomandabile;
- e) **Commissioni Bilaterali per la verifica e il monitoraggio della gestione del rischio clinico nonché della copertura assicurativa e tutela legale**, con il compito di vigilare sulle attività intraprese in merito dalle Aziende e dagli Enti (compresi gli Organi Regionali), la cui costituzione è raccomandabile.

Attenzione

- La mancata costituzione delle Commissioni o dei Comitati Paritetici sconta, oltre al disinteresse della Parte Pubblica, anche i ritardi e le difficoltà di accordo tra le stesse OO.SS.; questi problemi devono essere superati nel prevalente interesse comune.
- Si suggerisce di definire preventivamente il luogo di svolgimento e la calendarizzazione degli incontri previo accordo tra le parti, nonché il riconoscimento in ambito istituzionale del lavoro svolto.

TERZO SETTORE

ASPETTI DERIVANTI DALLA COSTITUZIONE DEI FONDI CONTRATTUALI

In questo terzo settore si prendono in esame i Fondi Contrattuali.

Innanzitutto va ricordato che la loro costituzione è obbligatoria e deve essere definita dall'Azienda, con evidenza delle componenti economiche che, di anno in anno, ne producono la consistenza.

I Fondi contrattuali sono 6, di cui 3 cosiddetti “istituzionali”, relativi alle retribuzioni spettanti ai Dirigenti Medici, e 3 applicativi di alcuni articoli contrattuali, tutti di fondamentale importanza.

In merito all'erogazione/distribuzione dei suddetti fondi va assolutamente pretesa la corretta applicazione delle relazioni sindacali al livello corrispondente alla **contrattazione con distribuzione di risorse**, in mancanza della quale l'Azienda non può erogare l'ammontare, fatto salvo per le voci fisse e continuative ed oggetto di precedente contrattazione integrativa.

FONDI CONTRATTUALI RETRIBUTIVI

1. **Fondo per l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa** rappresenta generalmente la parte più interessante della contrattazione, stante il fatto che ad esso è legata la retribuzione di posizione, sia per la componente residuale unificata che per la componente “variabile aziendale”, destinata ai Dirigenti in condizioni di capienza del Fondo e secondo l'applicazione degli accordi, così come risultanti dall'applicazione delle Relazioni Sindacali. Da sottolineare come la normativa contrattuale evidenzia che il Fondo in questione debba essere interamente speso nell'anno di riferimento e come eventuali residui debbano essere attribuiti al Fondo di Risultato; ed ancora, come in nessun modo, le risorse di tale fondo si possano utilizzare

per finalità differenti dalla retribuzione di posizione dei Dirigenti. Il presente Fondo può variare per:

- disposizioni contrattuali;
- implementazione per incremento del n° dei Dirigenti rispetto a quello preso a base per la prima definizione economica del Fondo (anno 1996), nonché per l'individuazione di nuove ed ulteriori posizioni organizzative;
- decremento in seguito a riduzione stabile della dotazione organica;
- disposizioni derivanti dall'accordo integrativo aziendale che riversa nel fondo medesimo eventuali somme provenienti dal fondo per particolari condizioni di lavoro o dal Fondo di risultato (per quest'ultimo fino ad un massimo del 16%);
- somme riversate in Azienda dalla Retribuzione di Anzianità Individuale lasciata dai Dirigenti posti in quiescenza o dimessi.

2. **Fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro** vi si ricorre per il pagamento delle ore di lavoro straordinario e delle varie Indennità ivi previste (ad es. Indennità di Pronta Disponibilità; Indennità di Rischio Radiologico; Indennità di Bilinguismo...). Rappresenta un Fondo "blindato", vale a dire soggetto a variazioni solo al variare di precise condizioni, quali:

- implementazione per assegnazione di risorse derivanti dalla normativa contrattuale;
- implementazione per incremento delle funzioni e delle attività previste dalle finalità dell'Istituto (guardie – pronte disponibilità – indennità);
- implementazione per incremento previsto dalle modalità relative alle linee guida regionali;
- possibile decremento stabile per somme trasferite nel Fondo di posizione a seguito di contrattazione integrativa.

3. **Fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale** rappresenta un fondo destinato alle finalità descritte fondamentalmente legate al raggiungimento di obiettivi di tipo qualitativo. Questo fondo, spesso unificato con quello per la qualità della prestazione individuale (detto "fondino"), è soggetto ad importanti variazioni, quali:

- implementazioni previste dal CCNL;
- implementazioni derivanti dall'incremento del n° dei Dirigenti rispetto a quello preso a base per la prima definizione economica del fondo (anno 1996);
- attribuzione a tale fondo dei residui economici dei due fondi precedenti e che a consuntivo non sono stati spesi e quindi erogati ai Dirigenti, sia nell'anno precedente che negli anni trascorsi per l'applicazione di contratti in netto ritardo;
- attribuzione di risorse per il raggiungimento parziale o il non raggiungimento degli obiettivi nell'anno precedente;
- attribuzione di risorse derivanti da accordi regionali (1% del Monte Salari relativo all'anno 1997);

Attenzione

- Va ricordato come nessuno di questi tre fondi abbia una funzione di finanziamento per le prestazioni aggiuntive svolte in Libera Professione aziendale (*art. 55, comma 2 del CCNL 2000 rivisto alla luce dell'art. 16 e 18 del CCNL 2005*), stante il fatto che le risorse economiche per finanziare tali prestazioni devono derivare direttamente dal bilancio aziendale.
- Va sottolineata la necessità di prevedere l'erogazione completa dei suddetti fondi nell'ambito della negoziazione annua relativa al necessario accordo integrativo per l'anno di esercizio ed applicativo del CIA (quest'ultimo ha durata quadriennale).

ALTRI FONDI CONTRATTUALI

1. **Fondo della Retribuzione Individuale di Anzianità** rappresenta una risorsa che contribuisce alla determinazione contabile del fondo di cui all'art. 54 del CCNL 3/11/2005 e che, pertanto, deve essere ben distinta all'atto della determinazione del predetto fondo.
2. **Fondo per l'equiparazione dell'attività Libero-Professionale** rappresenta un fondo aziendale destinato alla perequazione economica per le tipologie di Dirigenti Medici che hanno una limitata possibilità di esercizio della L.P. ed è costituito obbligatoriamente per anno e per almeno il 5% dei proventi derivanti dall'esercizio della L.P. Viene distribuito annualmente a seguito di contrattazione con la Delegazione trattante e secondo le modalità perequative ivi previste.
3. **Fondo aziendale per l'aggiornamento professionale dei Dirigenti** rappresenta un fondo finalizzato all'aggiornamento professionale dei Dirigenti e deve essere costituito per ciascuna area contrattuale, quindi, non unificato con il Comparto o con la Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica Amministrativa. Il suo ammontare è stabilito dalla circolare del Ministro della Funzione Pubblica n° 14 del 24/4/1995: "fino all'1% del Monte Salari" dell'anno precedente. La sua costituzione ed il suo utilizzo è soggetto alle direttive presenti nelle linee guida regionali in ottemperanza al coordinamento previsto dal CCNL.

Attenzione

- Le OO.SS. devono pretendere la definizione economica di questi ulteriori fondi e debbono procedere, nei modi previsti dalle relazioni sindacali, alla stesura di accordi per il loro utilizzo.
- Le OO.SS. devono pretendere l'evidenza economica relativa alla costituzione di questi fondi, specialmente per i primi due, anche in relazione agli anni arretrati, proprio perché diverse Aziende non hanno contabilizzato tali risorse che sono da attribuire alla dinamica contrattuale della Dirigenza Medica e non costituiscono risparmio aziendale.
- E' auspicabile che non venga applicata la trattenuta pari al 5% nel caso di ALPI derivante dall'applicazione dell'art. 55, c. 2 del CCNL 8/6/2000 e successive integrazioni.

QUARTO SETTORE

ASPETTI DERIVANTI DALL'APPLICAZIONE DELL'ORARIO DI LAVORO (Metodologia per definire le possibilità di impiego del Dirigente Medico)

In questo quarto settore si prende in esame l'Orario di Lavoro dei Dirigenti Medici.

La premessa principale in tema di orario di lavoro dei Dirigenti consiste nel ribadire come l'utilizzo degli stessi debba avvenire in base al **debito orario istituzionale**, da cui deriva l'individuazione dei volumi prestazionali necessari a garantire l'attività aziendale.

Questa stima delle potenzialità lavorative disponibili è indispensabile per una corretta "pianificazione del lavoro" che il Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice dotata di budget autonomo contratta con il Direttore Generale.

Solo stimando quanto può essere programmato in base al **debito orario assistenziale contrattualmente dovuto** complessivamente dai Dirigenti Medici strutturati in servizio presso una determinata Struttura o Unità Operativa, si potranno imputare distintamente alle attività prestazionali globalmente richieste quelle che potranno essere espletate in orario di servizio e quelle che invece potranno essere svolte in orario aggiuntivo (rispetto a quello dovuto), e pertanto remunerate con fondi dedicati.

In sintesi, la corretta applicazione dell'orario di lavoro nel rispetto delle regole consente di ottenere un assetto equilibrato tra la dotazione organica di personale e i volumi prestazionali, evitando un eccesso di monte ore residuo da recuperare, l'accumulo di ferie, festività e riposi non goduti, un possibile ricorso alla mobilità per esubero di personale conseguente a valutazioni incongrue, garantendo altresì la presenza in servizio di un organico adeguato, la soddisfazione funzionale delle necessità aziendali attraverso il ricorso a prestazioni aggiuntive, la congrua programmazione del lavoro.

1. Il primo passaggio consiste nel definire le tipologie dell'orario di lavoro del Dirigente Medico:

a) **Orario contrattuale dovuto:** corrisponde all'orario istituzionale ed è così articolato:

- *Orario per attività assistenziali* (34 ore/settimana): è l'orario destinato a garantire le attività indicate all'art. 14 comma 1 del CCNL 03/11/2005, concordate annualmente dal Direttore di Struttura Complessa o di Struttura Semplice dotata di budget autonomo attraverso le procedure di budget;
- *Orario per attività non assistenziali* (4 ore/settimana): è l'orario destinato all'aggiornamento professionale, all'ECM, alla ricerca finalizzata, alla didattica;
- *Orario di cui all'art. 14, comma 5* (30 minuti decurtati dalle 4 ore per attività non assistenziali), destinato con le procedure di budget, a richiesta dell'Azienda, all'abbattimento delle liste d'attesa o al perseguimento di obiettivi assistenziali e di prevenzione. Tale opportunità non può essere perseguita qualora risultassero ore lavorative annue in eccedenza rispetto a quanto determinato attraverso l'orario istituzionale dovuto.

b) **Orario straordinario**, effettuabile esclusivamente in regime di Pronta Disponibilità lavorata o per eventi eccezionali nei quali si riconduce l'Istituto che non è utilizzabile per far fronte alla programmazione del lavoro;

c) **Orario per attività ulteriori**; tale orario, ove si renda necessario, viene a sommarsi all'orario di lavoro contrattualmente dovuto. Tali attività sono effettuabili secondo gli istituti contrattuali previsti dagli articoli:

- *56 del CCNL 03/11/2005*: orario concordato per attività collegate al raggiungimento di obiettivi prestazionali di risultato, ovviamente preventivamente concordate anche in conseguenza della loro valorizzazione economica in sede di discussione di budget;
- *55, c. 2 del CCNL 08/06/2000*: rappresenta la possibilità per il Direttore Generale di chiedere ai propri Dirigenti prestazioni ulteriori, al fine di far fronte a particolari situazioni di carenza di organico o liste di attesa, in accordo con le équipes interessate;
- *18 del CCNL 03/11/2005*: turni aggiuntivi di guardia notturna fino al 12% del numero complessivo aziendale di guardie, in accordo con le équipes interessate;
- *14, c. 6 del CCNL 03/11/2005*: attività aggiuntiva di cui all'articolo 55, *comma 2 del CCNL 08/06/2000*.

2. Il secondo passaggio consiste nel definire un debito orario assistenziale individuale annuo, sia unitario che complessivo per l'Unità Operativa.

Si individua nel numero di **X** ore/anno il debito orario assistenziale dovuto da ciascun Dirigente Medico. Il debito complessivo di Unità Operativa è la sommatoria di quello dei singoli strutturati.

Alla determinazione finale devono essere detratte le giornate di congedo ordinario aggiuntivo previste per gli Anestesisti Rianimatori (Congedo Anestesiologico – Art. 16, c. 3 CCNL Integrativo 6/5/2010) e dei Radiologi (Rischio Radiologico). La fruizione del Congedo per Rischio Radiologico (15 gg) da parte di un Anestesista Rianimatore riassorbe quello di 8 gg per Rischio Anestesiologico.

Una singola giornata lavorativa, così come una qualunque assenza retribuita pari ad un'intera giornata, corrisponde al seguente valore orario (dopo la virgola figurano non i sessagesimali di ora, cioè i minuti, ma i centesimali!):

- 6,33 in caso di settimana considerata di 6 giorni lavorativi + 1 non lavorativo (domenica)
- 7,60 in caso di settimana considerata di 5 giorni lavorativi + 2 non lavorativi (sabato e domenica).

Il debito orario dovuto in un dato periodo (ad es. 1 mese) corrisponde al prodotto di:
n° di giorni lavorativi del periodo considerato x il loro valore orario (6,33 o 7,60).

Le Tabelle 1 e 2 rappresentano una stima riferita all'anno 2011 (7 giorni festivi infrasettimanali, 53 sabati, 52 domeniche) per una settimana lavorativa considerata rispettivamente di 6 e di 5 giorni di servizio (lunedì-sabato / lunedì-venerdì).

I valori orari decimali sono approssimati ai valori interi più vicini.

Tabella 1: Calcolo del debito orario anno 2011 per una settimana lavorativa di 6 giorni

	COMPUTO ORARIO DETTAGLIATO PER ISTITUTO CCNL	ORE TEORICHE	ORE DETRATTE	ORE DEBITO
1	Debito orario contrattuale dovuto (38 ore x 52,14 settimane)	1981	#	1981
2	Ferie + festività sopresse + altre festività (32 + 4 + 7 + S. Patrono se infrasettimanale) = 44 gg x 6,33 ore/giorno	278	max 259	1722
3	8 gg assenza retribuita x 6,33 ore/giorno ex art. 23 CCNL 05/12/1996 c. 1 – 1ªlinea e succ. per formazione/aggiornamento individuale	51	max 51	1671
4	4 ore settimanali per attività non assistenziali ex art. 16 c. 4 CCNL 08/06/2000 e succ. (0,67 ore/giorno x 269 giorni di servizio)	179	max 179	1492
5	Assenza per malattia (riducono in proporzione le 179 ore della riga 4)	Stima condivisa in CIA	Stima condivisa in CIA	?
6	Totale debito orario annuo contrattuale			1492
A	15 gg di congedo radiologico (riducono in proporzione le 179 ore della riga 4)	82	73	1419
B	8 gg di congedo anestesilogico + 7 gg di congedo radiologico (riducono in proporzione le 179 ore della riga 4)	82	73	1419
C	8 gg di congedo anestesilogico (riducono in proporzione le 179 ore della riga 4)	44	39	1453

Nota bene:

- le 278 ore teoriche della riga 2 sono ridotte a 259 per lo scomputo minimo di 3 sabati ricompresi nel periodo minimo di 3 settimane continuative di ferie estive. Ulteriori periodi di ferie continuative superiori a 5 giorni possono o meno ridurle ulteriormente in applicazione di regolamenti aziendali riconducibili alle CCIIAA locali
- le 51 ore della riga 3 possono essere utilizzate nell'anno di riferimento: sempre nei giorni di servizio feriali (dal lunedì al sabato), in applicazione di regolamenti aziendali riconducibili alle CCIIAA locali negli altri giorni. La medesima utilizzazione vale anche per altri istituti (p. es. permessi a vario titolo)
- le 0,67 ore/giorno della riga 4 risultano dal calcolo 4 ore settimanali / 6 giorni di servizio
- i 269 giorni di servizio della riga 4 corrispondono ai giorni annui di servizio dal lunedì al sabato
- le ore-debito della riga 6 competono ai medici non titolari di congedi aggiuntivi
- le ore-debito della riga A competono ai medici radiologi titolari di congedo radiologico
- le ore-debito della riga B competono ai medici anestesisti-rianimatori titolari di congedo anestesilogico e di congedo radiologico
- le ore-debito della riga C competono ai medici anestesisti-rianimatori titolari di congedo anestesilogico
- nella colonna "ORE TEORICHE", alle righe A, B, C, i valori risultano dal calcolo dei giorni di congedo corrispondenti ai giorni settimanali di servizio (rispettivamente 13, 13, 7) X 6.33
- nella colonna "ORE DETRATTE", alle righe A, B, C, i valori risultano dallo scomputo di 0,67 ore giornaliere dedicate alle attività non assistenziali rispettivamente X 13, 13, 7

Tabella 2: Calcolo del debito orario anno 2011 per una settimana lavorativa di 5 giorni

	COMPUTO ORARIO DETTAGLIATO PER ISTITUTO CCNL	ORE TEORICHE	ORE DETRATTE	ORE DEBITO
1	Debito orario contrattuale dovuto (38 ore x 52,14 settimane)	1981	#	1981
2	Ferie + festività sopresse + altre festività (28 + 4 + 7 + S. Patrono se infrasettimanale) = 44 gg x 7,60 ore/giorno	304	304	1677
3	8 gg assenza retribuita x 7,60 ore/giorno ex art. 23 CCNL 05/12/1996 c. 1 – 1°alinea e succ. per formazione/aggiornamento individuale	61	max 61	1616
4	4 ore settimanali per attività non assistenziali ex art. 16 c. 4 CCNL 08/06/2000 e succ. (0,80 ore/giorno x 220 giorni di servizio)	176	max 176	1440
5	Assenza per malattia (riducono in proporzione le 176 ore della riga 4)	Stima condivisa in CIA	Stima condivisa in CIA	?
6	Totale debito orario annuo contrattuale			1440
A	15 gg di congedo radiologico (riducono in proporzione le 176 ore della riga 4)	84	75	1365
B	8 gg di congedo anestesilogico + 7 gg di congedo radiologico (riducono in proporzione le 176 ore della riga 4)	84	75	1365
C	8 gg di congedo anestesilogico (riducono in proporzione le 176 ore della riga 4)	46	41	1399

Nota bene:

- le 304 ore teoriche della riga 2 restano sempre detratte come tali in quanto i sabati non devono mai essere considerati come giorni di ferie
- le 61 ore della riga 3 possono essere utilizzate nell'anno di riferimento: sempre nei giorni di servizio feriali (dal lunedì al venerdì), in applicazione di regolamenti aziendali riconducibili alle CCIIAA locali negli altri giorni. La medesima utilizzazione vale anche per altri istituti (p. es. permessi a vario titolo)
- le 0,80 ore/giorno della riga 4 risultano dal calcolo 4 ore settimanali / 5 giorni di servizio
- i 220 giorni di servizio della riga 4 corrispondono ai giorni annui di servizio dal lunedì al venerdì
- le ore-debito della riga 6 competono ai medici non titolari di congedi aggiuntivi
- le ore-debito della riga A competono ai medici radiologi titolari di congedo radiologico
- le ore-debito della riga B competono ai medici anestesisti-rianimatori titolari di congedo anestesilogico e di congedo radiologico
- le ore-debito della riga C competono ai medici anestesisti-rianimatori titolari di congedo anestesilogico
- nella colonna "ORE TEORICHE", alle righe A, B, C, i valori risultano dal calcolo dei giorni di congedo corrispondenti ai giorni settimanali di servizio (rispettivamente 11, 11, 6) X 7,60
- nella colonna "ORE DETTRATTE", alle righe A, B, C, i valori risultano dallo scomputo di 0,80 ore giornaliere dedicate alle attività non assistenziali rispettivamente X 11, 11, 6

Attenzione

Tutti i conteggi riportati nelle Tabelle 1 e 2, corrispondenti ai giorni di calendario 2011, sono calcolati con estrema precisione in applicazione puntuale degli istituti contrattuali di riferimento.

Naturalmente particolari accordi locali riconducibili alle CCIIAA potrebbero portare a conteggi diversi, più o meno favorevoli ai medici interessati.

Il diverso valore del debito orario di chi lavora su una settimana di 6 giorni di servizio rispetto a quello di chi lavora su una settimana di 5 giorni di servizio (+ 54 ore!) è intrinsecamente legato alle rispettive articolazioni dell'orario di servizio.

Per inciso le 54 ore di differenza sono quasi equivalenti alle 51 ore ex art. 23 CCNL 05/12/1996, di cui alla riga 3 della Tabella 1, di cui gli interessati, a differenza di chi lavora su 5 giorni di servizio, possono sempre fruire anche nelle giornate di sabato, essendo questo per loro giorno lavorativo.

3. Il terzo passaggio consiste nel definire la potenzialità della Unità Operativa, in relazione alle richieste della Direzione Generale.

Il monte ore sopra definito, moltiplicato per il numero dei dirigenti facenti capo a ciascuna struttura, è utilizzabile per definire la potenzialità operativa istituzionale della struttura e la possibile risposta alla programmazione aziendale.

I Direttori di Struttura Complessa o i Responsabili di Struttura Semplice dotata di budget autonomo, in considerazione del loro ruolo organizzativo ed assistenziale integrativo, possono anche non essere inseriti nel piano di lavoro della struttura, né considerati nel debito orario complessivo.

Eventuali proposizioni organizzative in deroga a tale principio, andranno giustificate e preventivamente definite dalla Contrattazione Integrativa e in ottemperanza al regolamento interno in materia di orario di lavoro.

In questo caso, i Direttori/Responsabili menzionati negozieranno con la Direzione Generale la consistenza e quindi la percentuale di attività da effettuare ai fini assistenziali rispetto a quella necessaria per lo svolgimento del loro ruolo istituzionale e se ne faranno oggettivamente carico, anche al fine di definire la reale necessità di dotazione organica della Struttura che dirigono.

I Direttori di Struttura Complessa comunicano preventivamente e documentano la pianificazione delle proprie attività istituzionali, le assenze variamente motivate (ferie, malattie, attività di aggiornamento...) ed i giorni e le ore da dedicare all'attività libero professionale intramuraria secondo le modalità concordate.

Attenzione

- Per la finalità dell'esercizio professionale nelle strutture di Anestesia e Rianimazione (si vedano le note in merito alla Continuità assistenziale pubblicate sul n° 5/6 di giugno 2006 del giornale *"il nuovo Anestesista Rianimatore"*), caratterizzate dall'elevato ruolo assistenziale istituzionale, il ricorso all'istituto previsto dall'articolo 18 del CCNL 5/7/2006 (guardia notturna in L.P.) è fortemente sconsigliato e contraddittorio, stante il principio che la guardia notturna deve essere effettuata in orario di servizio;
- I Direttori di Unità Operativa e i Responsabili di struttura semplice con budget autonomo sono contrattualmente tenuti all'informazione ed alla condivisione con i propri Dirigenti in merito ad attività professionali che rivestono un impegno ulteriore a quello contrattualmente dovuto. L'informazione e la successiva adesione dei Dirigenti appartenenti alla U.O. si costituisce come premessa per l'accettazione e la firma del Budget annuale che ne rappresenta, pertanto, l'impegno formale.
- Si sottolinea, infine, che il Dirigente ha facoltà di aderire o meno alla proposta di impegno aggiuntivo nelle sue varie forme e, pertanto, può anche garantire, a sua esclusiva discrezione, la sola presenza in servizio per l'effettuazione dell'orario istituzionalmente dovuto.
- Il bilancio orario settimanale riferito alle 38 ore timbrate e alle 34/34,5 ore assistenziali può essere considerato flessibile di norma nel mese di riferimento, ma può anche riguardare il trimestre/semestre successivo, periodo nel quale si compensano gli orari effettuati.
- Deve essere prevista la verifica tra orario previsto ed orario effettivamente reso dal dirigente.
- L'Aggiornamento professionale va regolamentato in sede di Contrattazione Integrativa Aziendale in modo dettagliato, nel rispetto delle norme contrattuali nazionali di riferimento; quello fruito nei giorni non lavorativi va parificato a quello fruito nei giorni lavorativi. E' svolto in orario di servizio attraverso l'utilizzo del debito orario settimanale riservato ad attività non assistenziali e/o attraverso l'utilizzo degli 8 giorni di assenze retribuite previsti dall'art. 23 del CCNL 5/12/1996. Si ribadisce che il Dirigente Medico in aggiornamento professionale autorizzato, sia obbligatorio che facoltativo, svolge regolare attività lavorativa non assistenziale; pertanto, il monte orario corrispondente deve essere contabilizzato nel computo del debito orario dovuto. E questo, sia in caso di aggiornamento svolto nei giorni feriali, sia in caso di aggiornamento svolto nelle giornate di sabato e di domenica, sia nel caso lo stesso venga effettuato in aggiunta al proprio turno di lavoro.

- Le 3,5 ore (4 in mancanza di accordo ex art. 14 comma 1 del CCNL 03/11/2005) settimanali riservate alle attività non assistenziali, in quanto dedicate all'aggiornamento professionale comunque svolto, possono essere rese come:
 - frazionate per giorni lavorativi settimanali all'interno delle strutture aziendali in regime di orario timbrato: in questo caso non devono essere previamente autorizzate né successivamente giustificate;
 - cumulate in ragione di periodi corrispondenti ad una o più intere giornate lavorative per la partecipazione ad attività di aggiornamento professionale all'interno delle strutture aziendali in regime di orario timbrato: in questo caso devono invece essere previamente autorizzate dal responsabile di Struttura o di Unità Operativa, ed eventualmente giustificate attraverso idoneo attestato di partecipazione all'evento formativo; queste modalità dovrebbero essere applicate anche all'utilizzo dei permessi per aggiornamento di cui all'art. 23 del CCNL 05/12/1996;
 - cumulate in ragione di periodi corrispondenti ad una o più intere giornate lavorative per la partecipazione ad attività di aggiornamento professionale all'esterno delle strutture aziendali in regime di orario non timbrato. In questo caso devono invece essere previamente autorizzate dal responsabile di Struttura o di Unità Operativa e giustificate attraverso idoneo attestato di partecipazione all'evento formativo; queste modalità dovrebbero essere applicate anche alle assenze retribuite per aggiornamento di cui all'art. 23 del CCNL 05/12/1996;

QUINTO SETTORE

PUNTUALIZZAZIONI ATTINENTI ALL'IMPEGNO ORARIO AGGIUNTIVO DEL DIRIGENTE MEDICO RISPETTO ALL'ORARIO DI LAVORO CONTRATTUALMENTE DOVUTO

In questo quinto settore si prende in esame l'impegno orario aggiuntivo del Dirigente Medico rispetto all'Orario di Lavoro contrattualmente dovuto.

Va sottolineato in premessa che qualsiasi prestazione conseguente ad una corretta attivazione dell'Istituto dello Straordinario non può essere posta in discussione dal Dirigente che ne deve dare attuazione.

Viceversa, la facoltà del Dirigente Medico di prestare la propria opera, sia a richiesta della propria Azienda che di altre Aziende in convenzione, oltre il debito orario assistenziale contrattualmente dovuto, per carenze della dotazione organica e/o per oggettive esigenze relative all'incremento delle prestazioni, deve obbligatoriamente comportare, a suo favore, l'attivazione dei diversi strumenti messi a disposizione dal CCNL, nonché l'adesione personale.

a) PRESTAZIONI SVOLTE IN REGIME ORARIO DIURNO

Ai sensi dell'articolo 14 CCNL, comma 6, CCNL 3/11/2005, ove per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali sia necessario un impegno aggiuntivo, l'Azienda, può fare ricorso all'istituto previsto dall'articolo 55, comma 2 del CCNL 8/06/2000: tali prestazioni si considerano erogate in regime di Libera Professione e sono retribuite con le tariffe previste dal Contratto Nazionale, anche in ottemperanza al contenuto delle Linee di indirizzo previste dal Coordinamento Regionale.

Il compito delle OO.SS. è comunque quello di definire come prioritaria la politica dell'assunzione "a tempo indeterminato o a tempo determinato in attesa di concorso" dei Dirigenti necessari a garantire la corretta dotazione organica aziendale.

La partecipazione a questa forma di ulteriore debito lavorativo deve essere garantita a tutti i Dirigenti dell'Unità Operativa.

b) SERVIZIO DI GUARDIA NOTTURNA

Ai sensi di quanto stabilito dall'articolo 18 del CCNL 03.11.2005, integrativo dell'articolo 55 CCNL 08.06.2000, qualora tra i servizi istituzionali da assicurare – eccedenti gli obiettivi prestazionali di cui all'articolo 14, comma 6 – rientrino i servizi di guardia notturna, le Aziende prima di richiedere al dirigente l'effettuazione del turno di guardia notturno in regime di libera professione, devono ricorrere preventivamente all'utilizzazione dei seguenti strumenti retributivi contrattuali:

- In primo luogo deve prioritariamente privilegiarsi il ricorso all'istituto dello straordinario fino ad esaurimento del relativo fondo (art. 55 CCNL 2005); tale scelta è finalizzata ad eventi eccezionali, di breve durata ed in funzione dell'avvio e del raggiungimento di una negoziazione finalizzata alla ricomposizione dei turni notturni nell'ambito dell'orario istituzionale;
- In secondo luogo si prevede la possibilità di ricorrere all'attività libero professionale aziendale ai sensi dell'articolo 55, comma 2 CCNL 08.06.2000.

La distribuzione del n° di turnazioni notturne istituzionali deve rispettare il principio sancito dal CCNL secondo il quale tali turni spettano a tutti i Dirigenti ad esclusione dei Direttori di Struttura Complessa. Pertanto, la corretta assegnazione non può non tenere conto della risultante media matematica del n° di turni spettanti, così come definita dalla semplice suddivisione tra n° di turni da assicurare e n° di Dirigenti strutturati in servizio.

Sussiste sempre la possibilità che all'interno dell'U.O. si concordi un numero di turni diversi da quelli spettanti, in considerazione di momenti contingenti.

L'esenzione dall'espletamento dei turni notturni deve essere certificata dal Medico del Lavoro competente in materia.

c) LO STRAORDINARIO

Premettendo che la Giurisprudenza ed i CC.CC.NN.LL. hanno ormai confermato che *“Lo straordinario non può essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro....”* (art. 28 CCNL integrativo del 10/02/2004), tale istituto viene utilizzato per remunerare:

- a) il lavoro reso in regime di pronta disponibilità, per il quale il Dirigente Medico ha la facoltà di recuperare le ore lavorate, ovviamente rinunciando alla retribuzione corrispettiva;
- b) le guardie notturne, per le Strutture e le Unità Operative nelle quali sia stata prevista tale soluzione, preliminarmente ad altre tipologie di pagamento, e comunque nei limiti di capienza del fondo di riferimento e per tempi limitati;
- c) il servizio svolto per i turni di guardia, notturni e festivi, effettuati in caso di riduzione transitoria della dotazione organica per assenze impreviste ed imprevedibili e di breve durata del personale.

Ne deriva che:

- d) l'utilizzo dello straordinario previsto al punto c), dovrebbe essere limitato alla copertura dei menzionati turni di guardia per un periodo limitato (da una settimana ad un massimo di un mese). Nel periodo successivo le guardie “scoperte” devono essere inserite nell'orario di servizio dei medici componenti la struttura. Il limite massimo di utilizzo dello straordinario nelle circostanze di cui trattasi è comunque da riferire ai limiti di assenza individuati in fase di programmazione (vedi Tabella 1) e non può eccedere la capienza del fondo di cui all'art. 25 del CCNL del 17 ottobre 2008, così come confermato dall'art. 10 del CCNL 6/5/2010.
- e) Sempre in riferimento alle assenze di cui al punto c), le attività elettive programmate, potranno essere da subito ridotte o assicurate o con l'istituto di cui all'art. 56 del CCNL 2005 o con quello previsto dall'art. 55, comma 2 CCNL 08/06/2000 modificato dall'art. 14, comma 6 del CCNL 2005.
- f) L' utilizzo dello straordinario per la copertura dei turni di guardia notturna o festivi dovrà essere oggetto di specifica regolamentazione a livello aziendale, in coerenza con le disposizioni regionali previste dagli articoli relativi al Coordinamento Regionale.

- g) In relazione all'utilizzo dello straordinario per garantire la "continuità assistenziale", si ricordi che tale istituto non è utilizzabile per tamponare assenze prolungate (maternità, malattia cronica o protratta, aspettativa, ecc.): in tal caso deve essere inoltrata richiesta di sostituzione evasa nei tempi previsti e di norma per periodi di malattia e/o assenza superiori a 30 giorni.

Le ore di lavoro espletate in regime di straordinario sono remunerate al Dirigente previa attestazione riassuntiva mensile da parte del Direttore di Unità Operativa, su apposito modulo. Il Dirigente interessato può richiedere per iscritto al proprio Direttore, di norma ad inizio d'anno, il recupero delle ore lavorate esclusivamente per la tipologia dell'Istituto della Pronta Disponibilità; in tal caso il recupero delle ore lavorate deve avvenire entro il trimestre lavorativo successivo.

d) LA PRONTA DISPONIBILITA'

Questo Istituto, regolato dall'art. 17 del CCNL 03.11.2005, viene qui con particolare attenzione analizzato in quanto tra tutti i turni di servizio contrattualmente previsti è particolarmente soggetto a prassi più o meno improprie consolidate in sede locale che lo rendono particolarmente a rischio di disservizi, oltre che causa di forte disagio per i Dirigenti Medici chiamati ad espletarlo.

Il Piano aziendale deve prevedere, oltre ai tempi e alle modalità di utilizzo dell'istituto, anche il numero di PD necessarie per la Struttura o per l'Unità Operativa di riferimento.

Sono tenuti al servizio di PD tutti i Dirigenti (esclusi i Direttori di Struttura Complessa per la sola PD sostitutiva), in servizio presso Strutture o Unità Operative con attività continua, nel numero strettamente necessario a soddisfare le esigenze funzionali previste dal Piano aziendale suddetto.

La PD integrativa dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i Dirigenti Medici, compresi i Direttori di Struttura Complessa.

Va sottolineato come la PD non sia contrattualmente prevista in orario feriale diurno, ma debba essere limitata all'orario notturno dei giorni feriali e all'intera durata dei giorni festivi.

L'eventuale presenza di PD non previste dal CCNL obbliga la Delegazione Trattante ad affrontare il problema, stante il fatto che si può ravvisare una erogazione illegale di somme non spettanti, con conseguente ipotetico contenzioso ad opera della Corte dei Conti.

La PD dà diritto ad una indennità per ogni dodici ore. Qualora il turno sia articolato in orari di minore durata, che comunque non possono essere inferiori a quattro ore, l'indennità è corrisposta proporzionalmente alla durata stessa, maggiorata del 10%.

Nel caso in cui la PD cada in un giorno festivo spetta un giorno di riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale.

In caso di chiamata, l'attività prestata viene computata come lavoro straordinario o compensata come recupero orario. Qualora il dipendente scelga liberamente di non avere la corresponsione delle ore di lavoro straordinario effettuate o l'azienda non provveda in tal senso, il dipendente stesso potrà fruire di un riposo compensativo, con riduzione del debito orario settimanale residuo, configurandosi le ore di lavoro straordinario non retribuito come prestazione lavorativa a tutti gli effetti.

Va tenuto presente che di regola non potranno essere previste per ciascun dirigente più di 10 turni di pronta disponibilità nel mese pari ciascuno a 12 ore; pertanto il superamento di tale cifra deve comportare metodologie di revisione delle turnazioni e/o implementazione della dotazione organica.

Inoltre in tale settore va sottolineato, a maggior ragione per la PD, essendo l'impegno orario lavorativo effettivo non prevedibile, l'organizzazione della turnazione settimanale lavorativa debba rispettare i contenuti dell'articolo 7 del CCNL 17/10/2008 in tema di riposo (vedi paragrafo successivo).

In particolare si sottolinea come dopo il turno di PD notturna il Dirigente non debba essere utilizzato in attività istituzionale e pertanto gli debba essere garantita l'assenza di turnazioni in modo tale da consentirgli il recupero psicofisico.

Da tenere presente, a questo scopo, i contenuti delle varie linee guida regionali emanate dal Coordinamento Regionale.

La Delegazione trattante infine dovrà porre in discussione la trasformazione in guardia attiva del turno di PD documentata come oltremodo lavorata (> del 50% di turni mensili con chiamata in servizio), sia per orari che per tipologia di interventi.

Attenzione

- La previsione contrattuale dell'esclusiva possibilità di PD integrativa per le U.O. di Anestesia e Rianimazione non ha mai potuto trovare univoca interpretazione a causa di una sempre contestata e tuttavia mai risolta questione di legittimità applicativa.
Ad oggi non resta che insistere anche a livello decentrato, attraverso le azioni specificate, sulla mancanza degli indispensabili requisiti di sicurezza nelle Strutture Sanitarie dotate di sala parto che non dispongano stabilmente nelle 24 ore, 365 giorni all'anno, della presenza in servizio di un Anestesista-Rianimatore dedicato alla Guardia Attiva Anestesiologica. Il livello di sicurezza ottimale non è garantito neppure per quelle Strutture aventi il solo Anestesista Rianimatore dedicato alla Guardia Attiva in Rianimazione, ancor più grave se per le emergenze/urgenze anche contemporanee in Sala operatoria ed in Sala parto ci si affida ad un Anestesista Rianimatore in servizio in PD sostitutiva.
- Si devono comunque individuare, anche a livello locale, le più adeguate modalità per il graduale superamento della PD sostitutiva, allo scopo di garantire mediante turni di guardia una più ampia tutela assistenziale nei reparti di degenza, attraverso gli strumenti sindacali più opportuni.
- La richiesta di recupero orario relativa alle ore lavorate in PD deve essere comunicata al proprio Direttore di Unità Operativa e successivamente redatta in forma scritta, protocollata e inviata alla Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa.
- Nel caso di Azienda MultiPresidio si deve contrattare la modalità di finanziamento della Pronta Diponibilità effettuata in Presidio diverso da quello di assegnazione; la Delegazione Trattante aziendale affronterà il problema sollevato in funzione delle ricadute per il lavoratore che una siffatta organizzazione determina (art. 4, lettera f CCNL 3/11/2005).

e) IL RIPOSO LAVORATIVO NELLE 24 ORE

Le modalità di riposo nelle 24 ore, di cui all'art. 7 del CCNL del 17.10.2008, vanno definite in sede di contrattazione integrativa tenuto conto delle linee di indirizzo emanate dalle Regioni.

A tal fine:

- il personale medico fruisce di regola di un riposo pari ad almeno 11 ore continuative nelle 24 ore e le Aziende Ospedaliere devono attivarsi per porre in essere ogni strumento organizzativo per il raggiungimento di tale obiettivo;
- in ogni caso, dopo il servizio di guardia notturna o turnazione notturna, il periodo di riposo, obbligatorio e continuativo, deve essere fruito immediatamente al termine dello stesso in modo da garantire l'effettiva interruzione tra la fine della prestazione lavorativa e l'inizio di quella successiva;
- ai fini della determinazione del periodo di riposo, vanno considerati come servizio attivo anche i periodi nei quali vengano eventualmente svolte prestazioni rese in regime di libera professione a favore dell'azienda (art. 55 comma 2 CCNL 08/06/2000) o in regime convenzionale in favore di altra Azienda del SSN;
- al fine di garantire ai medici adeguati periodi di riposo tra una prestazione di servizio e l'altra, si dovrà tenere in debito conto la necessità di articolare adeguatamente i servizi di pronta disponibilità ed i turni di servizio.

f) L'ISTITUTO DELLA MOBILITA'

Una trattazione particolare merita l'Istituto della mobilità, anche alla luce delle riorganizzazioni in atto e di prossima possibile attuazione in molte Aziende, che possono comportare applicazioni improprie di questo istituto.

Innanzitutto va precisato che la sede di lavoro assegnata deve essere quella indicata dal contratto individuale firmato con l'Azienda in seguito a concorso o a incarico.

L'istituto della mobilità è regolato dagli articoli 16 e 17 del CCNL integrativo del 10 febbraio 2004.

L'Istituto della mobilità all'interno dell'Ente concerne l'utilizzazione, sia temporanea che definitiva, del personale ubicato in località diversa da quella della sede di assegnazione.

Rientra nel potere organizzatorio dell'Ente sentite le OO.SS. l'utilizzazione del personale nell'ambito di presidi, servizi, uffici situati a non oltre 10 Km dalla località sede di assegnazione.

La mobilità interna si distingue in mobilità di urgenza e ordinaria e viene attuata secondo le seguenti procedure:

1) Mobilità d'urgenza

- nei casi in cui nell'ambito dell'Ente sia necessario soddisfare le esigenze funzionali dei servizi a seguito di eventi contingenti e non prevedibili, l'utilizzazione provvisoria dei dipendenti in servizi, presidi e uffici diversi da quello di assegnazione è effettuata limitatamente al perdurare delle situazioni predette;
- tale utilizzazione è disposta, con atto motivato, della Direzione Aziendale o dall'organo corrispondente secondo i rispettivi ordinamenti e non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare;
- la mobilità di urgenza presuppone l'utilizzo di tutto il personale di uguale ruolo, posizione funzionale, profilo professionale e disciplina, anche secondo criteri generali di graduazione delle funzioni e locali di contrattazione decentrata, ferma restando la necessità di assicurare, in via prioritaria, la funzionalità dell'unità operativa di provenienza (vedi sotto, al punto B);
- al personale interessato spetta l'indennità di missione prevista dalla normativa vigente, se ed in quanto dovuta.

2) Mobilità ordinaria nell'ambito dell'Ente

Gli enti, prima di procedere alla copertura dei posti vacanti secondo le vigenti disposizioni, a domanda dei medici interessati, possono attivare, sentite le OO SS, misure di mobilità ordinaria interna nell'osservanza delle modalità e nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) adeguata e tempestiva informazione sulla disponibilità dei posti da ricoprire mediante mobilità del personale;
- b) valutazione positiva ed, in caso di più domande, comparata del curriculum di carriera e professionale in rapporto al posto da ricoprire, effettuata dall'Ufficio di direzione integrato dal Responsabile di Servizio cui il posto si riferisce; possono, altresì, essere prese in considerazione documentate situazioni personali (ricongiunzione del nucleo familiare, numero dei familiari) e sociali nonché di residenza anagrafica;
- c) in caso di parità di punteggio ha la precedenza il dipendente medico con maggiore anzianità complessiva di servizio effettivo.

Gli Enti per motivate esigenze di servizio (sostanzialmente esuberi, subordinando le eventuali nuove successive assunzioni ai rientri in sede a discrezionale domanda dell'interessato, già sottoposto a procedura di mobilità) possono disporre d'ufficio misure di mobilità interna del personale sulla base di criteri da definirsi negli accordi decentrati a livello locale.

Nei confronti del personale laureato appartenente alle posizioni funzionali apicali in corso di incarico, la mobilità ordinaria può essere effettuata esclusivamente a domanda degli interessati.

SESTO SETTORE

ASPETTI DERIVANTI DALL'APPLICAZIONE DELL'ISTITUTO DELLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO

In questo sesto settore si prende in esame la corresponsione economica attribuita ai Dirigenti Medici come Retribuzione di risultato.

L'istituto nasce con finalità rivolte a perseguire l'incremento della qualità del lavoro attraverso il sistema per obiettivi, non prevedendo una corrispondenza tra l'impegno orario reso ed il raggiungimento degli stessi.

Pur non sussistendo una esplicita preclusione di base all'utilizzo di questo istituto per acquisire prestazioni aggiuntive (quantitative), bisogna stigmatizzare l'utilizzo improprio che in tal senso alcune Aziende hanno sostenuto o cercato di sostenere: infatti, la norma contrattuale che definisce i criteri del ricorso a tale Istituto è rappresentata dall'*art. 65 del CCNL 05/12/1996*: nessuno dei criteri elencati prevede un impegno orario del Dirigente Medico oltre quello contrattualmente dovuto.

Tale istituto non deve essere utilizzato per porre rimedio alle carenze di personale medico, non essendo tale rimedio nelle sue finalità. Quindi, nel modo più assoluto, questo istituto non deve essere utilizzato per garantire le guardie, in quanto in netto contrasto rispetto alle suddette finalità.

Indicativamente, attraverso la contrattazione integrativa, si potrebbe sostenere la suddivisione del fondo, opportunamente definito e comprendente anche i residui di tutti i Fondi non spesi nell'anno di riferimento, in modo tale da perseguire l'implementazione della qualità del lavoro attraverso:

- obiettivi generali, assegnati a tutte le Unità Operative;
- obiettivi strategici, individuati dalla Direzione Generale per alcune Unità Operative, opportunamente pesati secondo contrattazione e, quindi, avallati dalla Delegazione Trattante.

L'entità della suddivisione del fondo, ricalcolato per l'anno di riferimento secondo quanto precedentemente affermato, nelle due quote necessarie a finanziare i due punti precedenti è oggetto di contrattazione. Appare comunque sostenibile la diversificazione dell'attribuzione del fondo in conseguenza della appartenenza dell'U.O. a progetti solo generali o anche a progetti strategici.

La sommatoria delle valorizzazioni dei progetti generali ed eventualmente anche strategici rappresenta il budget economico annuo assegnato alla U.O.. Queste risorse, trimestralmente o per stati di avanzamento degli obiettivi, debbono essere assicurate ai Dirigenti secondo le modalità previste dagli accordi decentrati e dalla ulteriore suddivisione concordata all'interno dell'U.O. medesima.

Il possibile utilizzo della retribuzione di risultato per l'acquisto di obiettivi di natura quantitativa (ad es. attività anestesiologicala in sala operatoria, ambulatori, ecc.) deve essere attentamente valutato dal Rappresentante AAROI-EMAC Aziendale, con la necessaria consapevolezza che questo improprio ricorso a tale Istituto può creare problemi importanti, per i seguenti motivi:

- Utilizzo improprio del fondo.
- Possibile scarsa consistenza dello specifico fondo.
- Insufficiente remunerazione delle prestazioni rese rispetto alla loro valorizzazione oraria.
- Poco trasparente o insufficiente validazione degli obiettivi raggiunti rispetto a quelli prefissati, con possibile scostamento in negativo degli emolumenti effettivamente percepiti rispetto a quelli stimati in fase di progetto.
- Disincentivo per l'Azienda a disegnare progetti obiettivo di qualità, con effetti negativi sulla valutazione del lavoro dell'Anestesista-Rianimatore come manovalanza bruta.
- Effetto rebound sul lavoro svolto in Rianimazione, che non può essere evidentemente legato a progetti quantitativi.
- Possibile tentativo delle Aziende di utilizzare tale fondo per obiettivi prestazionali legati all'attività del 118 territoriale.

A fronte di questi argomenti, il Rappresentante Aziendale che intendesse comunque procedere in tal senso, avendone ricevuto mandato dai propri iscritti, deve almeno porre estrema attenzione a:

- verificare preventivamente l'effettiva consistenza del fondo;
- delimitare chiaramente una quota ridotta del fondo che possa essere imputata dall'Azienda all'acquisto di obiettivi quantitativi (suggerito un massimo pari al 20%);

- controbilanciare e rendere almeno omogenea all'interno dell'Azienda questa modalità di utilizzo del fondo, adoperandosi affinché a ciascuna Unità Operativa siano assegnati obiettivi sia di qualità che di quantità.

Infine, non è accettabile in alcun modo una parametrizzazione del fondo in conseguenza dell'attività Libero Professionale più o meno cospicua svolta dai Dirigenti.

Attenzione

- La contrattazione integrativa sul Fondo di Risultato rappresenta una delle priorità della Delegazione Trattante. Va intrapresa all'inizio dell'anno di riferimento, con la determinazione a consuntivo del Fondo per la Retribuzione di Risultato, comprensivo dei residui economici degli altri fondi non spesi. Essa raggiunge lo scopo solo dopo la firma dell'accordo, in assenza della quale non è possibile erogare le risorse previste. Per questo motivo, le OO.SS. debbono sollecitare l'Amministrazione all'apertura precoce della trattativa per l'anno di riferimento.
- Nella stesura del contratto integrativo aziendale va previsto un articolo che formalizzi la tempistica per l'erogazione delle risorse previste dal Fondo della Retribuzione di Risultato, normalmente attraverso scadenze trimestrali / semestrali, con il saldo almeno entro il primo trimestre dell'anno successivo.
- Nel testo del Contratto Integrativo vanno previste sia l'obbligatoria informazione e condivisione degli obiettivi assegnati da parte del Direttore di U.O. ai propri Collaboratori che la relazione, anche per stati di avanzamento, degli obiettivi medesimi, al fine di procedere alla corresponsione economica spettante.
- Il testo del Contratto Integrativo deve, infine, prevedere una clausola di salvaguardia che parametri la mancata corresponsione economica al raggiungimento parziale degli obiettivi.

SETTIMO SETTORE

ASPETTI DERIVANTI DALL'APPLICAZIONE DELLA LIBERA PROFESSIONE RICHIESTA DALL'AZIENDA AI PROPRI DIRIGENTI – ART. 55, COMMA 2 CCNL 8/6/2000

In questo settimo settore si prende in esame l'esercizio dell'attività lavorativa del Dirigente Medico nella cosiddetta "Area a pagamento" o "Attività a gettone" o "Attività aggiuntiva" o "Attività in consulenza".

1) Riferimenti contrattuali

Le Aziende possono ricorrere a tale istituto alle condizioni previste dal più volte citato *art. 55, comma 2 del CCNL del 08.6.2000*, nonché dall'*art. 14, comma 6 del CCNL del 03.11.2005*.

Le aziende possono inoltre utilizzare lo stesso istituto secondo le indicazioni previste *dall'art. 18 del CCNL 2005*, per acquisire le guardie presso le strutture o gli ambiti ove questo si renda possibile.

2) Finalità dell'Istituto

Indicativamente lo strumento si caratterizza per la sua eccezionalità e temporaneità ed è utilizzabile per ridurre le liste di attesa o per acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in carenza di organico e nell'impossibilità, anche momentanea, a coprire i relativi posti.

Per le U.O. di Anestesia e Rianimazione, scartata, come sopra chiarito, l'opportunità di utilizzare questo strumento per la remunerazione di guardie notturne svolte al di fuori dell'orario di lavoro, rimane la possibilità di utilizzare lo stesso per le altre prestazioni.

In questo caso il *CCNL 03/11/2005 all'art. 14, comma 6* prevede quale debba essere il compenso orario per le attività aggiuntive che l'azienda intenda acquisire: 60 €/ ora.

Alcune Regioni, evidentemente sulla base di specifiche situazioni locali, hanno deciso di superare tale limite economico orario, incrementandolo.

Fatta salva l'eventuale pronuncia delle Corti dei Conti Regionali in caso di superamento della tariffa oraria prevista dal CCNL ed in attesa di eventuali evoluzioni in merito, la strategia per una maggior valorizzazione economica parrebbe evidenziarsi nelle seguenti tipologie di proposte, anche in conseguenza delle linee guida di cui all'art. 9 del CCNL 03/11/2005 nel frattempo emanate da alcune Regioni (ad es. Veneto – Lazio - Puglia – Toscana):

- Definizione diretta del superamento del valore di € 60,00 a percentuale (fino al 30% - Reg. Puglia) nel caso di carenza di organico.
- Presentazione di pacchetti prestazionali, con il rischio di attività su base forfettaria che potrebbe risultare meno conveniente di quella su base oraria.
- Specifiche valorizzazioni per prestazione (Reg. Lazio), con il rischio di provocare selezione economica per specifiche attività.

Si ricorda che le Aziende devono dotarsi di un regolamento riguardante l'attività Libero Professionale intramuraria dei Dirigenti; tale regolamento riguarderà tutte le tipologie di attività libero professionale individuate dalle norme contrattuali vigenti, compresa quella particolare fattispecie di L.P. relativa alle convenzioni tra aziende, non soggette al vincolo contrattuale della tariffa oraria di € 60,00.

La regolamentazione della Libera Professione e quindi anche delle prestazioni lavorative rese all'interno della c.d. "Area a pagamento" è al momento oggetto di potenziale revisione in ambito di normativa nazionale, e presumibilmente di possibile delega alla contrattazione decentrata, ragion per cui si potrebbero, in un futuro non lontano, realizzare ulteriori aperture sulla tariffa oraria di € 60,00 come minima anziché come fissa.

Va comunque segnalato che iniziative di Aziende che intraprendano accordi o convenzioni con soggetti privati, ancorché regolarmente iscritti alle Camere di Commercio (tipo: agenzie di servizi), rappresentativi di Specialisti, non sono ricomprese nella normativa contrattuale così come descritta negli articoli 54 e segg. del CCNL 08/06/2000, che hanno come "attori" Dirigenti Medici dipendenti della Azienda o comunque del SSN.

Pertanto, le OO.SS., attraverso la contrattazione prevista dall'articolo 4, comma 2 – lett. f), hanno l'obbligo di impedire questa forma anomala di convenzione e di non avallare, anche con impugnazione della delibera, l'atto della Direzione Generale previsto dall'art. 54 in tema di regolamento della L.P.

OTTAVO SETTORE

ASPETTI DERIVANTI DALL'APPLICAZIONE DI ALCUNI ISTITUTI PARTICOLARI

In questo ottavo settore si elencano i seguenti Istituti, sufficientemente normati e per l'applicazione dei quali si faccia il confronto con i contenuti del CCNL integrativo del 10 febbraio 2004:

- a) **Riposo compensativo per giornate festive lavorate**
- b) **Mobilità volontaria**
- c) **Fruizione della malattia**
- d) **Fruizione delle ferie ed eventuale corresponsione di ferie arretrate**
- e) **Fruizione di congedi parentali e dei genitori**
- f) **Fruizione di permessi**
- g) **Fruizione di aspettativa**

h) **Tutela per particolari condizioni di handicap**

i) **Formazione**

j) **Congedi per formazione**

k) **Comando finalizzato**

l) **Fruizione mensa e pausa**

NONO SETTORE

AZIONI

In questo nono settore si specificano le possibili azioni da esperire in merito al rispetto delle prerogative sindacali e all'applicazione delle norme contrattuali eventualmente disattese.

1. La prima azione di ordine generale è quella di fare rispettare gli istituti contrattuali elencati nel presente elaborato. Metodologicamente, prima di attivare la scaletta operativa, occorre ribadire come debbano sistematicamente venire segnalate alla Direzione Sanitaria / Generale tutte le situazioni che espongono il sistema ad un evento avverso (anche di tipo organizzativo) – evento sentinella e intempestività del trattamento diagnostico e terapeutico.

Alle continue segnalazioni interne di quanto sopra, da parte del rappresentante Aziendale / Territoriale / Provinciale AAROI-EMAC, seguirà:

- a) Richiesta di convocazione protocollata.
 - b) Sollecito protocollato.
 - c) Diffida protocollata.
 - d) Proclamazione dello stato di agitazione (da valutarsi secondo l'entità), con illustrazione delle azioni a suo sostegno (riduzione di prestazioni aggiuntive, sospensione dello straordinario, esposto alla procura, citazione del DG per comportamento antisindacale, ...), da attivarsi con tempi congrui di preavviso (15 / 30 giorni).
 - e) Ulteriori inasprimenti dell'azione sindacale fino allo sciopero.
2. Se l'azione di cui al punto 1 non sortisce alcun effetto, si deve inviare una nuova lettera protocollata con l'indicazione della data di avvio delle azioni di cui al punto 1.
 3. Se l'azione di cui al punto 2 non sortisce alcun effetto, nei tempi previsti, è necessaria un'azione diretta:
 - a) Avvio dell'esposto alla Procura.
 - b) Attivazione delle azioni di cui alla lettera d).
 - c) Pubblicità delle stesse attraverso gli organi di stampa.

Se necessario il Consiglio Nazionale si farà carico del sostegno a vertenze anche periferiche, evitando al Rappresentante Aziendale locale eventuali pesanti ripercussioni personali.

L'invio degli esposti dovrebbe, pertanto, essere garantito da un sistema extraterritoriale a sostegno dell'imparzialità del giudizio e a difesa dei nostri iscritti.

A tale proposito potrebbe essere opportuno che un Presidente Regionale / Provinciale diverso da quello della Regione/Provincia che apre la vertenza ne coordini tutti gli aspetti.

NOTA CONCLUSIVA

L'imminente elaborazione di accordi della Conferenza Stato Regioni in merito all'interpretazione del decreto 150/2009 (Legge Brunetta), nonché della Legge 122/2010 (Finanziaria) e dell'accordo della Conferenza Stato Regioni e Ministero della Salute in tema di Attività Libero Professionale, determina la necessità di integrazioni del presente documento, a cura dell' "Unità di Crisi", soprattutto per quanto attiene:

- 1) Alla definizione dell'utilizzo del sistema incentivante e della premialità dei Dirigenti.
- 2) Alla definizione delle voci retributive per gli anni 2011-2012-2013 che non possono superare quelle del 2010.
- 3) Alla applicazione delle sanzioni disciplinari ed al regolamento interno aziendale corrispondente.
- 4) Ai vincoli ed allo sviluppo relativo all'Attività Libero professionale dei Dirigenti.
- 5) Alla definizione delle funzioni e dei compiti degli infermieri in Sala operatoria, in Emergenza ed in Area critica, con lo scopo di prendere una posizione netta contro i crescenti attacchi della dirigenza infermieristica nei confronti delle professionalità mediche.

L'impegno della nostra Associazione sarà quello di dare risposte tempestive e puntuali anche a questi importanti argomenti.

AZIONI IMMEDIATAMENTE ADOTTABILI PER GESTIRE CORRETTAMENTE L'ATTIVITA' QUOTIDIANA DEGLI ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

Il sistema delle relazioni sindacali della dirigenza medica (e non solo) sta attraversando una grave crisi legata a uno svuotamento della tradizionale funzione negoziale, destinato ad accentuarsi ulteriormente per effetto della manovra economica del Governo, che ha di fatto svuotato di contenuti e significato la contrattazione stessa, con un comportamento che priva di credibilità la parte pubblica avendo modificato "o pe legis" accordi già sottoscritti e in buona parte già finanziati.

Ciò nonostante con il blocco dell'attività contrattuale l'AAROI-EMAC non vede venire meno i propri impegni che vanno ben oltre la pura attività negoziale.

L'AAROI-EMAC si configura infatti, da molti anni, come vera e propria Associazione professionale, superando ampiamente la sua funzione esclusivamente sindacale.

Il nostro non allineamento politico, unito ad una forte immagine di categoria (giornale, sito, società scientifica) e ad una serie di servizi offerti agli iscritti (ECM, Assicurazione, Consulenze) ci hanno garantito una stabilità nel trend delle iscrizioni.

Traendo insegnamento dal percorso fatto finora risulta evidente che dobbiamo imprimere un'accelerazione alla nostra funzione di Associazione professionale, uscendo dal guscio della pura rappresentatività contrattuale, comunque sospesa per i prossimi anni.

In sostanza si sente la necessità di aumentare il nostro peso come lobby professionale, intesa nel senso più ampio e positivo del termine.

Per fare questo occorre intervenire costantemente, autorevolmente e pesantemente nelle vicende della sanità che ci riguardano, non solo in difesa, ma anche e soprattutto a tutela dell'utenza e con azioni propositive: bisogna diventare i garanti dei cittadini nei confronti della qualità e della sicurezza delle strutture sanitarie.

L'Associazione pratica un continuo monitoraggio e controllo delle condizioni di lavoro, di qualità e sicurezza nelle aree di anestesia, rianimazione e terapia intensiva, di urgenza ed emergenza, di terapia del dolore e cure palliative e di terapia iperbarica, offre e gestisce un sistema di tutela assicurativa dei propri iscritti e, tramite un apposito Collegio tecnico, esamina e monitorizza ogni sinistro, identificando le attività più soggette e orientando di conseguenza l'aggiornamento e la formazione continua professionale.

A prescindere dalla pura attività negoziale per i contratti di lavoro esistono quindi ambiti di confronto professionale con le controparti pubbliche a tutti i livelli (nazionale, regionale ed aziendale) necessari per garantire agli utenti l'effettiva disponibilità e qualità dei servizi sbandierati dalle amministrazioni, come ad esempio il parto indolore, ma ancora lontani dall'essere diffusamente e omogeneamente applicati e spesso nemmeno definiti.

Queste attività, svolte nel comune interesse dell'utente e degli operatori, sono finalizzate alla realizzazione di ambienti di lavoro sereni, sicuri ed efficienti: condizioni queste che generano qualità elevata e costante nonché riduzione della conflittualità interna ed esterna, per conseguire una eccellenza vera e non scritta solo sulla carta.

Punti essenziali che dobbiamo garantire sono:

- 1. definizione e rispetto di un adeguato rapporto numerico medico/pazienti e infermiere/pazienti nelle rianimazioni e terapie intensive;***
- 2. rispetto dei riposi e ferie necessarie al recupero dell'efficienza psicofisica degli operatori;***
- 3. riduzione, fino all'eliminazione, del ricorso a rapporti di lavoro precari e atipici tramite una adeguata programmazione delle esigenze di dotazione organica;***
- 4. il medico di guardia in rianimazione non deve lasciare il reparto se non in situazioni del tutto eccezionali. Deve essere presente anche la contemporanea guardia di anestesia;***

- 5. garanzia della presenza continua di un anestesista rianimatore in ogni sala operatoria;**
- 6. in nessun caso un solo anestesista segue due sale operatorie, indipendentemente dalla tecnica di anestesia;**
- 7. garanzia che l'anestesista rianimatore di guardia non svolga attività di elezione, compresi i prolungamenti delle sedute operatorie ordinarie;**
- 8. garanzia della disponibilità dell'anestesista rianimatore di guardia per le urgenze, che non deve essere "bloccato" per effettuare sedute operatorie programmate;**
- 9. rifiuto di effettuare sedute operatorie dopo la notte di guardia;**
- 10. astensione dall'attività mattutina da parte del collega reperibile;**
- 11. corretto impiego degli specializzandi, che non devono essere utilizzati (o meglio sfruttati) come forza lavoro al posto degli specialisti strutturati;**
- 12. parto indolore adeguatamente organizzato e sorvegliato da un anestesista rianimatore esperto e dedicato, nel contesto di punti nascita opportunamente dimensionati e affiancati da strutture di supporto (patologia neonatale, terapia intensiva neonatale, centro trasfusionale, rianimazione ecc.);**
- 13. diffusione capillare della terapia del dolore, non solo oncologico, tramite ambulatori annessi alle unità operative di anestesia e rianimazione;**
- 14. garanzia di un elevato livello di assistenza in emergenza intra ed extraospedaliera, assicurando anche il trasporto del paziente critico al centro di cura più adeguato;**

Questi sono problemi strutturali ed organizzativi che spesso non sono legati ai soli contratti di lavoro. Per questo motivo le azioni da adottare sono rivendicazioni non economiche, ma orientate prevalentemente alla sicurezza e alla qualità del lavoro.

Pertanto si ritiene che la nostra azione debba essere orientata oltre che sull'attività sindacale, anche e soprattutto sulla comunicazione e sull'informazione.