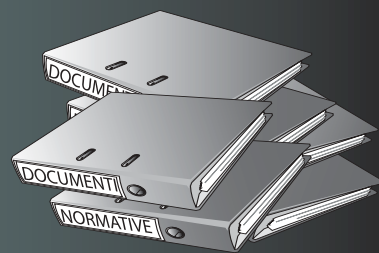


Documenti



Orario di lavoro dei medici dipendenti alla luce del CCNL 2002/2005

Orario contrattuale di assistenza,
aggiornamento professionale, assenze
retribuite, orario aggiuntivo, orario massimo
giornaliero, giorno settimanale di riposo,
guardia medica, lavoro straordinario,
altre attività extraorario, ferie, rapporti
ad impegno ridotto

a cura di Carlo Sizia

Documenti 3-2007

Per ora (art. 14, c. 2, CCNL 3/11/2005) per i dirigenti medici non responsabili di struttura complessa, l'orario **contrattuale di lavoro** "è confermato in 38 ore settimanali, al fine di assicurare il mantenimento del livello di efficienza raggiunto dai servizi sanitari e per favorire lo svolgimento delle attività gestionali e/o professionali, correlate all'incarico affidato e conseguente agli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale, nonché quelle di didattica, ricerca e aggiornamento".

Nella contrattazione nazionale abbiamo ottenuto la cancellazione dell'aggettivo "minimo", che l'ARAN voleva imporre dopo le parole "orario di lavoro", ma un concetto (implicito ed ambiguo) di impegno aggiuntivo oltre l'orario dovuto è comunque contenuto nel comma 1 dello stesso art. 14 del CCNL 3/11/2005.

Nel comma 1 viene infatti specificato che "I volumi prestazionali richiesti all'équipe ed i relativi tempi di attesa massimi per la fruizione delle prestazioni stesse vengono definiti con le procedure dell'art. 65, c. 6, del CCNL 5 dicembre 1996 (cioè la famosa contrattazione budgettaria, che collega l'obiettivo all'incentivo economico) nell'assegnazione degli obiettivi annuali ai dirigenti di ciascuna unità operativa, stabilendo la previsione oraria per la realizzazione di detti programmi", e che "L'impegno di servizio necessario per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti l'orario dovuto di cui al comma 2 (cioè 38 ore settimanali) è negoziato con le procedure e per gli effetti dell'art. 65, c. 6 (del CCNL 5/12/1996). In tale ambito vengono individuati anche gli strumenti orientati a ridurre le liste di attesa".

Dalla lettura combinata dell'art. 14, c. 1, e dell'art. 6, c. 1, lett. B) del CCNL 3/11/2005, si evince inoltre che l'orario ordinario di lavoro dei dirigenti non responsabili di struttura complessa è articolato-concertato in sede aziendale "in modo flessibile per correlarlo alle esigenze della struttura cui sono preposti ed all'espletamento dell'incarico affidato, in relazione agli obiettivi e programmi da realizzare".

Dalla normativa contrattuale nazionale di area medica si evince pertanto che il nostro orario di lavoro ordinario:

- non è giornaliero, ma settimanale, con compensazione tra le settimane di uno stesso mese;
- è flessibile, per correlarlo alle esigenze della struttura;
- deve essere concertato a livello aziendale;
- che un orario aggiuntivo rispetto alle 38 ore settimanali non può che essere "eventuale e negoziato" per il raggiungimento di obiettivi prestazionali concordati,

ma se l'impegno di servizio consente di realizzare gli obiettivi concordati anche senza la resa di un orario aggiuntivo, la retribuzione di risultato è garantita comunque. Ecco perché nella contrattazione del budget e degli obiettivi prestazionali per la retribuzione di risultato bisogna tenere ben presente che l'eventuale orario aggiuntivo deve essere solo strumentale alla realizzazione degli obiettivi concordati (nella logica cioè dell'art. 65, c. 3, del CCNL 5/12/1996), e non diventare obiettivo esso stesso.

L'anzidetto orario contrattuale settimanale (38 ore per il rapporto a tempo pieno) non è totalmente riservato ad attività assistenziali in quanto "quattro ore dell'orario settimanale sono destinate (riservate) ad attività non assistenziali, quali l'**aggiornamento professionale**, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata, ecc." (art. 14, c. 4, CCNL 3/11/2005). La disciplina e l'organizzazione di tale orario, in quanto parte dell'orario ordinario settimanale di lavoro, vanno concertate a livello aziendale e le ore relative devono di norma essere utilizzate con cadenza settimanale, anche se possono essere "cumulate in ragione di anno".

L'utilizzo di tale riserva di ore per i fini previsti, utilizzo inteso come dovere e debito orario ancor prima che diritto dei medici dipendenti, deve considerarsi aggiuntivo rispetto agli otto giorni annuali di **assenze retribuite**, previste dall'art. 23, c. 1, del CCNL 5/12/1996 per partecipare "a concorsi ed esami, convegni, congressi o corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazione professionale facoltativi".

Tra le assenze o permessi retribuiti rientrano anche i permessi sindacali che, ai sensi del CCNQ 3/10/2005, ammontano, per la nostra area dirigenziale, a 37 minuti per dirigente in servizio (che è la risultante di 90 minuti - 53 minuti cumulati ai fini dell'utilizzo di distacchi sindacali aggiuntivi). Tuttavia, per lo più, l'attività sindacale ordinaria, quella collegata al corretto esercizio delle relazioni sindacali aziendali, è considerata equivalente all'attività di servizio.

Per le caratteristiche delle ore riservate all'aggiornamento (che sono obbligatorie) del nostro orario di lavoro (che è settimanale e flessibile), della possibilità di cumulo delle ore non assistenziali anche in ragione di anno, non hanno alcuna giustificazione normativa (né contrattuale, né legale) gli orientamenti di alcune amministrazioni che non vorrebbero conteggiare le ore di aggiornamento che siano svolte nella giornata di sabato, qualora l'orario ordinario sia articolato abitualmente su 5 giorni lavorativi, ovvero che eccedano le ore

6,20 giornaliere, astrattamente considerate come orario giornaliero di lavoro (cioè 38 : 6), in caso di articolazione oraria su 6 giorni settimanali.

Per qualificare le 4 ore settimanali “non assistenziali” come quota riservata obbligatoria per le attività di aggiornamento, formazione, didattica e ricerca, è più che sufficiente:

- che esse rientrino nell’ambito dell’articolazione oraria come organizzata – concertata a livello aziendale;
- che siano state autorizzate dal responsabile dell’U.O. di appartenenza, in quanto coerenti comunque con l’attività di servizio;
- che siano certificate con probante documentazione (luogo, orario, tema dell’avvenuta attività di aggiornamento, studio, didattica, ricerca, ecc.);
- che siano compatibili con le esigenze funzionali della struttura di appartenenza.

Naturalmente l’amministrazione sanitaria non potrebbe retribuire in alcun modo le ore di aggiornamento che eccedessero il monte orario delle 4 ore settimanali, anche cumulate in ragione di anno. Infatti tale riserva “non può essere oggetto di separata e aggiuntiva retribuzione” e neppure “comportare una mera riduzione dell’orario di lavoro”.

L’istituto della “riserva di ore non assistenziali” è tuttavia uno dei più mal applicati a livello nazionale. È inevitabile quindi che il sindacato si faccia parte attiva per attuare correttamente questo istituto, che non può che reggersi su tre pilastri essenziali: 1) la concertazione aziendale dell’organizzazione dell’articolazione oraria (orario ordinario, assistenziale e non, piani per le emergenze e per le liste d’attesa); 2) la contrattazione aziendale dell’eventuale orario aggiuntivo finalizzato alla realizzazione degli obiettivi concordati; 3) la distinta contabilizzazione delle ore assistenziali rispetto a quelle non assistenziali.

Ricordo, ormai come nota di colore, che la riserva delle ore non assistenziali è dimezzata (cioè 2 ore settimanali) per i rapporti di lavoro cosiddetti ad esaurimento, come quello a tempo definito.

L’ultimo contratto di area medica ha introdotto due importanti novità:

- a) la possibilità, negoziata con le procedure di budget, per l’azienda “di utilizzare, in forma cumulata, n. 30 minuti settimanali delle quattro ore del comma 4, per un totale massimo di 26 ore annue, prioritariamente, per contribuire alla riduzione delle liste d’attesa ovvero per il perseguimento di obiettivi assistenziali e di prevenzione”;

- b) l’azienda può negoziare, sulla base degli indirizzi regionali in materia e con le procedure di contrattazione per la definizione del Regolamento sulla libera professione, un impegno aggiuntivo per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti quelli negoziati con le procedure di budget e dopo aver garantito gli obiettivi stessi (art. 14, c. 6, CCNL 3/11/2005). La misura della tariffa oraria di tali prestazioni (libera professione aziendale ai sensi dell’art. 55, c. 2, del CCNL 8 giugno 2000) è di 60 euro lordi.

Quanto fin qui detto, non vale in egual misura per i dirigenti con incarico di struttura complessa, che hanno pur essi un tempo di lavoro, peraltro articolato in modo flessibile per correlarlo “a quello degli altri dirigenti di cui all’art. 14, per l’espletamento dell’incarico affidato in relazione agli obiettivi e programmi annuali da realizzare in attuazione di quanto previsto dall’art. 65, comma 4, del CCNL 5/12/1996, nonché per lo svolgimento delle attività di aggiornamento, didattica e ricerca finalizzata”, ma (scusate il ridicolo) questo tempo di lavoro non è quantizzato (art. 15 CCNL 3/11/2005).

Chi mi conosce, sa che sono contrario a tale indeterminatezza sul tempo-lavoro degli apicali, perché favorisce (da ambo le parti: datore di lavoro e lavoratore) abusi infiniti. In sede di stipula dei contratti individuali di lavoro, alcune aziende hanno quantizzato comunque l’impegno orario settimanale di tali figure.

L’indeterminatezza oraria è il prezzo pagato al bluff del riconoscimento ai medici dipendenti della qualifica dirigenziale, che ha portato con sé, per gli ex primari, l’abrogazione dell’istituto dello straordinario e la perdita delle basi normative per consentire di pagare loro gli accessi al lavoro attivo in caso di chiamata in corso di eventuale pronta disponibilità integrativa della guardia. Purtroppo il CCNL 5/12/1996 (art. 75) ha disapplicato l’art. 32 del D.P.R. 761/1979, che prevedeva un **limite massimo giornaliero di lavoro** “di norma non superiore a otto ore”. Non sono successivamente intervenute norme in qualche modo sostitutive: un indirizzo può derivare dall’art. 7 (Riposo giornaliero) del D.Lgs. 66/2003, che dispone che “il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore” (quindi 24 – 11 = 13 ore, che sarebbe il limite massimo di lavoro quotidiano). A parte l’enormità di una tale durata applicata ad un lavoro delicato e di responsabilità quale quello medico-dipendente, la norma non si applica direttamente alle categorie dirigenti, come la nostra.

Nell'ultimo contratto c'è solo una dichiarazione a verbale (la n. 26) che così dice: "L'organizzazione del lavoro dei dirigenti medici non può prevedere di norma turni giornalieri continuativi superiori ad 8 ore, e turni notturni superiori a 12 ore. Per estreme carenze di organico ed in casi eccezionali, può derogarsi a tale disposizione per un tempo limitato e strettamente necessario a risolvere la vacanza di organico". Purtroppo tale disposizione è unilaterale, cioè di sola parte sindacale, e quindi non ha carattere cogente, quindi non vincola le amministrazioni.

La **guardia medica**, istituto di competenza delle figure non apicali, è svolta abitualmente durante il normale orario di lavoro e può essere assicurata anche con il ricorso ad ore di lavoro straordinario (art. 16, c. 2, CCNL 3/11/2005, oggi vigente).

Il contratto dell'ultimo biennio economico 2004-2005 (art. 8) ha introdotto una modalità di valorizzazione dei turni di guardia notturni, compensati con 50,00 euro lordi per turno. Tale compenso forfettario lordo non si applica: (a) quando l'intero turno di guardia sia compensato con ricorso al pagamento delle corrispondenti ore di lavoro straordinario; (b) alle guardie extraorinarie di lavoro compensate forfettariamente con 480,00 euro lordi/turno, nel limite massimo del 12% delle guardie notturne complessive. Compete, invece, l'aggiunzione di 50,00 euro per turno: (a) alle guardie notturne prestate in orario di servizio (in tal caso il compenso si cumula anche con l'indennità oraria notturna) e (b) alle guardie fuori orario di lavoro che diano luogo al recupero dell'orario eccedente (vedi Tavole I e II).

La dichiarazione a verbale prima citata (la n. 26), a proposito della guardia dice che: "il dirigente medico al termine di un turno di guardia non può essere adibito a quello successivo, né ad attività di reparto o sala operatoria, nell'arco delle ore della stessa giornata lavorativa per soddisfare il doveroso e necessario recupero psicofisico, e per prevenire un rischio elevato che riduce le garanzie assicurative".

A fronte dell'impegno orario contrattuale settimanale, è riconosciuto ai medici (come agli altri lavoratori dipendenti) **un giorno settimanale di riposo**, che di norma coincide con la giornata domenicale. Qualora questa coincidenza non sia possibile, il riposo è comunque fruito in altro giorno, avuto riguardo alle esigenze di servizio (art. 22 CCNL 5/12/1996).

Alcuni dirigenti medici mi chiedono spesso se sia possibile rifiutare gli obiettivi di risultato indicati dalle

aziende e l'eventuale orario aggiuntivo richiesto per la loro realizzazione. In via teorica ciò è possibile, ma certo non mi pare una scelta lungimirante perché avrebbe un riflesso negativo sia in termini economici (azzeramento della retribuzione di risultato), sia in termini valutativi complessivi nella periodica verifica professionale da parte del Collegio tecnico (cui afferiscono anche i rilievi del Nucleo di valutazione), con qualche possibile incidenza sulla retribuzione di posizione (con riferimento ai parametri valutativi della collaborazione interna e dell'osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati, nonché dell'impegno e disponibilità correlati all'articolazione dell'orario di lavoro).

Oltre all'orario ordinario di servizio e alle eventuali ore aggiuntive richieste per realizzare gli obiettivi prestazionali concordati in sede aziendale, possono ancora essere richieste ai medici dirigenti non responsabili di struttura complessa **ore di lavoro straordinario**. Ai sensi delle "code contrattuali" 10/02/2004 (art. 28), le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite per i servizi di guardia e di pronta disponibilità e per altre attività non programmabili.

Tali prestazioni, di carattere eccezionale per rispondere ad effettive esigenze di servizio, devono essere preventivamente autorizzate e successivamente retribuite, ovvero essere compensate con riposi sostitutivi, "da fruire compatibilmente con le esigenze di servizio, di regola entro il mese successivo", a cui l'art. 24, c. 16, dell'ultimo contratto ha aggiunto l'inciso, "tenuto conto delle ferie maturate e non fruite".

Noi non dobbiamo eccedere nel ricorso a tale istituto perché: l'attuale pleora e disoccupazione medica sconsigliano tale politica del lavoro; perché il lavoro straordinario è fortemente contingentato (non più di 65 ore/anno per dipendenti in servizio) e perché il fondo contrattuale, che dovrebbe compensarlo, è carente e male alimentato; perché la misura oraria del lavoro straordinario è determinata sulla base di tre sole voci retributive mensili, cioè stipendio tabellare in godimento (comprensivo dell'ex i.i.s.) + rateo della 13a mensilità diviso per 156 e maggiorato del 15% (straordinario diurno), del 30% (straordinario festivo o notturno dalle ore 22 alle 6), del 50% (straordinario notturno e festivo).

Tuttavia, con il contratto dell'ultimo biennio economico (2004-2005), a far data dal 6/07/2006, il "peso retributivo" dell'ora di lavoro straordinario, a seguito della ristrutturazione delle nostre voci stipendiali, è sostanzialmente aumentato (Tab. 1).

Tab. 1 - PESO ECONOMICO ORA DI LAVORO STRAORDINARIO

(Calcolo: retribuzione tabellare comprendente ex i.i.s. + rateo 13a mensilità: 156 + la maggiorazione)

	CCNL 8/06/2000 e CCNL integr. 10/02/2004 (art. 28) ante 1/01/2003	CCNL 3/11/2005 (art. 55, c. 6) da 1/01/2003 a 5/07/2006	CCNL 5/07/2006 (art. 11, c. 9) dal 6/07/2006
Straord. diurno + 15%	17,90 €	19,13 € (+ 6,87%)	24,59 (+ 37,37%)
Straord. notturno (ore 22-6) o festivo + 30%	20,24 €	21,60 € (+ 6,71%)	27,80 (+37,42%)
Straord. notturno (ore 22-6) e festivo + 30%	23,35 €	24,96 € (+ 6,89%)	32,08 (+ 37,38)

INDENNITÀ ORARIA NOTTURNA E INDENNITÀ FESTIVA FORFETTARIA

	CCNL 8/06/2000 e CCNL integr. 10/02/2004 (art. 8) ante 1/01/2003	CCNL 3/11/2005 (art. 51, c. 1 e 2) dopo 1/01/2003
Indennità oraria notturna (per ogni ora dalle 22 alle 6)	2,32 €/h	2,74 €/h
Indennità festiva * forfettaria	Intera ** 15,49 €	Intera ** 17,82 € (+ 15%)
	Ridotta *** 7,75 €	Ridotta *** 8,91 € (+ 14,96%)

Le indennità oraria e festiva non competono in caso di lavoro straordinario o di attività extraoraria;

* nelle 24 ore compete una unica indennità festiva per ogni dirigente;

** se la prestazione festiva è superiore alla metà dell'orario di servizio (6,20:2 = 3,10 ore);

*** se la prestazione festiva è di durata tra 2 ore (minimo valutabile) e 3,10 ore

Esistono infine **alcune attività** dei medici dipendenti **che**, pur disciplinate da norme di legge e contrattuali e pur determinando un impegno orario, **sono** tuttavia **svolte fuori dall'orario contrattuale di lavoro**. Mi riferisco alle:

- attività di libera professione intramoenia, ortodossa o allargata, in regime di ricovero o ambulatoriale (ex artt. 54 e 55 CCNL 8 giugno 2000);
- attività di consulenza e consulti (ex art. 58 CCNL 8 giugno 2000);
- attività di cosiddetta "libera professione aziendale" (ex art. 2, c. 5, DPCM 27/03/2000; ex art. 55, c. 2, CCNL 8 giugno 2000; ex artt. 14, c. 6, e 18 del CCNL 3/11/2005), cioè le prestazioni richieste dalle aziende, in via eccezionale e temporanea, ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa e di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge. Nell'ambito di queste attività (servizi istituzionali da assicurare eccedenti gli obiettivi prestazionali negoziati con il sistema budgetario), l'ultimo contratto ha incluso anche le guardie notturne, pagate per turno (non meglio quantizzato)

nella misura di 480,00 euro lordi. Per attivare tale istituto (guardia extraoraria pagata forfettariamente) occorre: a) che ci si muova nell'ambito degli indirizzi regionali in materia; b) che sia razionalizzata la rete dei servizi ospedalieri interni; c) che siano le aziende a richiedere ai dirigenti le prestazioni in tale regime; d) che tali tipologie di guardie non superino il 12% delle guardie notturne complessive svolte in azienda, con la specificazione che si tratta di un istituto sperimentale soggetto a verifiche e monitoraggio secondo quanto stabilito nelle linee di indirizzo regionali;

- infine, attività a sostegno dei servizi di ADI e/o di ospedalizzazione a domicilio, ecc.

Anche questi istituti vanno disciplinati compiutamente, attraverso l'attivazione di relazioni sindacali che vanno dalla concertazione alla vera e propria contrattazione aziendale, per stabilire le coordinate organizzative delle attività in questione (spesso svolte in équipe), gli aspetti e le modalità retributive, nonché le tutele assicurative per i professionisti impegnati.

In merito vedo, invece, documenti (compresi gli atti aziendali sulla libera professione e gli atti regionali ex art. 9 CCNL 3/11/2005) molto vaghi, pieni di ambiguità, di contraddizioni, di carenze, ecc.

Tab. 2 - TIPOLOGIE E RETRIBUZIONE GUARDIE NOTTURNE (E FESTIVE)

	Compenso-base	Indennità di disagio * 50 € / turno	Indennità oraria notturna (ore 22-6)	Indennità festiva forfettaria ***
a) guardia in orario ordinario	paga oraria ordinaria	sì	sì	sì
b) guardia con prestazione di lavoro straordinario	compenso specifico per ora straordinaria nott. e/o festiva	no	no	no
c) guardia extraorario con recupero orario	recupero orario corrispondente	sì	no	no
d) guardia extraorario compensata forfettariam. ** (l.p. aziendale)	480 € lordi per turno	no	no	no

* indennità di disagio (art. 8, c. 6, CCNL 5/07/2006): il numero massimo di guardie notturne retribuibili con tale indennità è rappresentato dal numero complessivo delle guardie notturne – quelle retribuite/retribuibili a forfait (max 12%).

** guardie retribuibili forfettariamente (l.p. aziendale): massimo 12% delle guardie notturne complessive aziendali (art. 18 CCNL 3/11/2005).

*** indennità festiva intera: prestazione oraria festiva superiore a 3,10 ore (6,20 : 2);
indennità festiva ridotta: prestazione oraria festiva tra due ore (minimo valutabile) e 3,10 ore.

In particolare ho visto in alcune Regioni linee di indirizzo ai sensi dell'art. 9 CCNL 2002-2005 che fanno riferimento ad un **tetto orario massimo di lavoro**, con riferimento ad attività istituzionali, **di 48 ore settimanali**. Con questa previsione (per fortuna non vincolante) ci si è infilati contemporaneamente in due trappole:

- si è estesa ai medici dirigenti la previsione legislativa di cui all'art. 4, c. 2, del D.Lgs. 66/2003, che ha recepito in Italia direttive europee in materia di lavoro, provvedimento che non si applica, come tale, alle categorie dirigenti (salvo un'esplicita previsione contrattuale in tal senso), come chiaramente esplicita l'art. 17, c. 5, dello stesso D.Lgs. 66/2003;
- si è finito per dimostrare, implicitamente ma erroneamente, che il nostro orario contrattuale di lavoro di 38 ore settimanali sarebbe quello "minimo", aggettivazione che non compare mai nella normativa contrattuale 2002-2005 di area medica in virtù di una battaglia sindacale, finora vittoriosa, della nostra categoria.

Infine, l'istituto delle ferie è ancora regolato dall'art. 21 (Ferie e festività) del CCNL 5/12/1996.

I nostri diritti in materia sono essenzialmente questi:

- per ogni anno di servizio il dipendente ha diritto ad un periodo di 32 giorni di ferie retribuito, comprensivo delle due giornate aggiuntive al congedo ordinario di cui all'art. 1, c. 1, sub a) della legge 937/1977 (per i neoassunti, nei primi tre anni spettano solo 30 giorni/anno, comprensivi delle due giornate aggiuntive);
- al dirigente sono altresì attribuiti 4 giorni di riposo da fruire nell'anno solare (ex art. 1, c. 1, sub b) della legge 937/1977) e la ricorrenza del Santo Patrono della località dove il dipendente presta servizio è considerata giornata festiva;
- le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili, salvo che all'atto della cessazione del rapporto di lavoro, qualora le ferie spettanti a tale data non siano state fruite per esigenze di servizio o per cause indipendenti dalla volontà del dirigente;
- le ferie sono fruite in periodi programmati dallo stesso dirigente, nel rispetto dell'assetto organizzativo dell'azienda, con godimento di almeno 15 giorni continuativi nel periodo 1° giugno-30 settembre;
- le ferie sono interrotte da malattie che si siano pro-

Tab. 3 - RELAZIONI SINDACALI COMPETENTI IN MATERIA DI ORARIO DI LAVORO

ISTITUTO	RELAZIONE SINDACALE COMPETENTE
Orario ordinario di lavoro, compresa la riserva di 4 ore non assistenziali (sua articolazione)	Concertazione* (art.6, c.1, sub B CCNL 3/11/2005)
Impegno orario aggiuntivo eventualmente necessario per obiettivi prestazionali concordati (compresi 30 m settimanali della riserva di 4 ore)	Contrattazione budgettaria per la retribuzione di risultato (art.14, c.1, CCNL 3/11/2005; art. 65, c.6, CCNL 5/12/1996)
Piani per assicurare le emergenze (guardie, pronta disponibilità, straordinario)	Concertazione* (art.6, c.1, sub B, CCNL 3/11/2005)
Ulteriore impegno aggiuntivo oltre gli obiettivi di budget (libera professione aziendale)	Contrattazione d'équipe (artt.9, c.1, lett.g, 14, c.6, 4,c.2, lett G, CCNL 3/11/2005; artt 54, c.1 e 55, c.2, CCNL 8/06/2000)
Libera professione intramuraria e attività di consulti e consulenze	Contrattazione (e per qualche aspetto solo concertazione) (DPCM 27/03/2000; artt. 54, c.1 e 58 CCNL 8/06/2000)

**la concertazione è preceduta dall'informazione*

tratte più di 3 giorni o abbiano comportato ricovero ospedaliero;

- le ferie non godute nell'anno di maturazione per motivi di servizio o personali, possono essere godute nel 1° semestre dell'anno successivo (massimo nei 18 mesi successivi, ai sensi del D.Lgs. 66/2003, art. 10, c. 2, come modificato dall'art. 1 del D.Lgs. 213/2004, limitatamente a due delle quattro settimane minime di ferie da godere nell'anno di maturazione);
- infine (art. 5 "code contrattuali" 10/02/2004), in caso di mobilità volontaria, il diritto alla fruizione alle ferie maturate e non godute è mantenuto anche con il passaggio alla nuova azienda, salvo diverso accordo con l'azienda di provenienza per il loro pagamento sostitutivo.

Esistono, infine, i rapporti **di lavoro ad impegno ridotto**, tuttora regolati dal CCNL integrativo del 22/02/2001 (pubblicato sulla G.U. n. 54 del 6/03/2001, Serie generale). Tali rapporti, in sintesi, sono caratterizzati: a) da un numero contingentato (solitamente non superiore al 3% della dotazione organica della dirigenza medica); b) dalla concessione sulla base di motivazioni di ordine sociale e/o familiare; c) da una misura

oraria dell'impegno settimanale che può oscillare da 19 ore (-50%) a 26,6 ore (-30%); d) da una articolazione oraria su base orizzontale o verticale; e) da forte penalizzazione economica e, in prospettiva, previdenziale; f) da inibizione della libera professione, sia intra che extramuraria.

*Carlo Sizia
Responsabile del Servizio-quesiti
della CIMO-ASMD
Roma 9/03/2007*

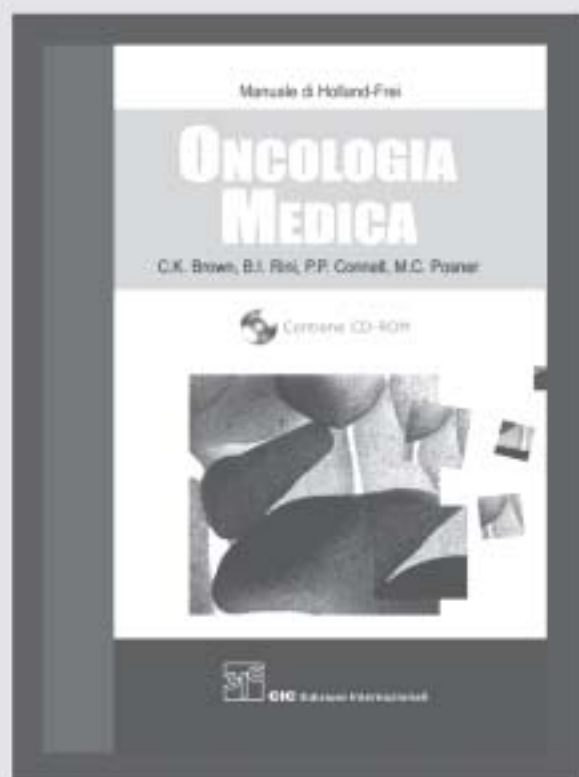


CIC Edizioni Internazionali

C.K. Brown, B.I. Rini, P.P. Connell, M.C. Posner

Manuale di Holland Frei

ONCOLOGIA MEDICA



Volume brossurato
con CD-rom allegato

f.to cm. 10x16
pagine 834
€ 45,00

Principi di oncologia

Biologia molecolare e oncologia
delle radiazioni
Screening per i tumori
Diagnostica per immagini in oncologia
Chemioterapia oncologica

Tumori solidi

Carcinoma nasofaringeo
Tumori della testa e del collo
Carcinoma della mammella
Melanoma
Tumori del polmone
Tumori dell'esofago
Tumore dello stomaco
Carcinoma coloretale
Carcinoma del canale anale
Tumore del pancreas
Carcinoma epatocellulare
Tumori dei dotti biliari
Tumore della colecisti
Tumore della tiroide
Tumori delle surrenali
Sarcomi dei tessuti molli
Sarcomi ossei
Tumori del rene: carcinoma
a cellule renali
Carcinoma della vescica
Adenocarcinoma della prostata
Tumori del testicolo
Tumore della cervice uterina
Tumori dell'ovaio
Tumore dell'endometrio
Tumori cerebrali primitivi: gliomi
e meningiomi

Tumori ematologici

Linfoma di Hodgkin
Linfomi non Hodgkin
Leucemia linfoide acuta
Leucemia mieloide acuta
Leucemia linfatica cronica
Leucemia mieloide cronica
Mieloma multiplo

Implicazioni oncologiche

Emergenze oncologiche
Tumori maligni correlati all'AIDS

Appendici

- Incidenza dei tumori più frequenti
- Livello di evidenza dei dati clinici
- Definizione generale del grado di tossicità
- Markers tumorali più comuni
- Scale del performance status
- Formulazioni più comuni della nutrizione enterale
- Formule matematiche più comuni
- Cascata della coagulazione e anticoagulanti
- Profilassi della trombosi venosa profonda
- Glossario

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI S.R.L.

Corso Trieste, 42 · 00198 Roma · Tel 06 8412673 · Fax 06 8412688 · info@gruppic.it

www.gruppic.com