

documenti

“Proroga dei termini relativi all’attività professionale dei medici e finanziamento di particolari terapie oncologiche ed ematiche, nonché delle transazioni con soggetti danneggiati da emoderivati infetti”

“Il Medico ospedaliero e del territorio” ritiene utile riportare integralmente il testo del decreto-legge 23 aprile 2003, n. 89, recante “Proroga dei termini relativi all’attività professionale dei medici e finanziamento di particolari terapie oncologiche ed ematiche, nonché delle transazioni con soggetti danneggiati da emoderivati infetti”, pubblicato sulla G.U. n. 95 del 24/04/2003.

Con vedete, manca la proroga al 31/12/2003 del rapporto di lavoro a tempo definito, che pure il Consiglio dei Ministri dell’11/04/2003 aveva approvato (come risulta anche dal Comunicato-stampa diramato in pari data dal Consiglio stesso).

Bisogna quindi prendere atto che il Ministro Sirchia non è neppure in grado di gestire con autorevolezza i provvedimenti, come i decreti-legge, che sono di precipua competenza ministeriale.

Per fortuna le Regioni rimangono mediamente in attesa di “provvedimenti nazionali” a proposito del rapporto a tempo definito, senza cioè imporre il tempo pieno coatto. Il decreto 89/2003 è entrato in vigore il 25/04/2003 e deve essere convertito in legge entro il 24/06/2003, pena la sua decadenza.



IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 77 e 87, quinto comma, della Costituzione;

Ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di emanare disposizioni in materia di modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria, di assicurare l'immediato finanziamento di un progetto finalizzato a sviluppare terapie oncologiche innovative su base molecolare e delle spese di funzionamento e ricerca della Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia (IME), nonché di accelerare il risarcimento dei danni causati da emoderivati infetti;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione dell'11 aprile 2003;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro della salute;

Emana

il seguente decreto-legge:

Art. 1

Proroga del termine per l'utilizzo degli studi professionali privati per lo svolgimento dell'attività libero-professionale

1. Il termine del 31 luglio 2003, previsto dall'articolo 15-quinquies, comma 10, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è prorogato al 31 luglio 2005.

Art. 2

Finanziamento di un progetto di terapie oncologiche innovative e dell'Istituto mediterraneo di ematologia

1. Per la realizzazione di un progetto oncotecnologico da parte dell'Istituto superiore di sanità, finalizzato a sviluppare terapie oncologiche innovative su base molecolare, è autorizzata la spesa di tre milioni di euro per ciascuno degli anni 2003, 2004 e 2005.

2. Per le spese di funzionamento e di ricerca della Fondazione Istituto mediterraneo di ematologia (IME), con sede in Roma, è autorizzata la spesa di quindici milioni di euro per l'anno 2003 e di dieci milioni di euro per ciascuno degli anni 2004 e 2005.

3. Alla copertura degli oneri recati dal presente articolo, pari a diciotto milioni di euro per l'anno 2003 ed a tredici milioni di euro per ciascuno degli anni 2004 e 2005, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2003-2005, nell'ambito dell'unità



previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2003, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.

4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 3

Risarcimento danni da trasfusioni di sangue infetto

1. Per le transazioni da stipulare con soggetti emotrasfusi danneggiati da emoderivati infetti, che hanno instaurato azioni di risarcimento danni tuttora pendenti, è autorizzata la spesa di novantotto milioni e cinquecento mila euro per l'anno 2003 e di centonovantotto milioni e cinquecentomila euro per gli anni 2004 e 2005. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2003-2005, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2003, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono fissati i criteri in base ai quali sono definite le transazioni di cui al comma 1 e, comunque, nell'ambito delle predette autorizzazioni. Qualora si verificassero eccedenze rispetto alle previsioni di spesa, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, saranno ridefiniti i criteri di stipulazione delle transazioni stesse.

Art. 4

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 23 aprile 2003

CIAMPI
Berlusconi, Presidente del Consiglio dei Ministri
Sirchia, Ministro della salute



Orario di lavoro dei medici ospedalieri, gli aspetti sindacali

Carlo Sizia

Affronterò il tema alla luce dell'esperienza maturata come responsabile del "Servizio-quesiti CIMO-ASMD", premettendo che l'istituto dell'orario contrattuale di lavoro non è affatto banale o secondario nel nostro panorama lavorativo e sindacale e che, in merito, ho visto notevoli inadempienze, fraintendimenti, illegittimità, ostruzionismi.

Per intanto (art. 16, c. 2, CCNL '98/2001) per i dirigenti medici non responsabili di struttura complessa l'orario 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. 16 del CCNL '98/2001.

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 raggiungi-

mento 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, comma 6 (del CCNL '94/97)".

Dalla lettura combinata dell'art. 16, c. 1 e dell'art. 6, c. 1, lett. B) del CCNL '98/2001, si evince inoltre che l'orario ordinario di lavoro dei dirigenti non responsabili di struttura complessa è 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;
- che è flessibile, per correlarlo alle esigenze della struttura;
- che 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 comunque 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 prestazionali concordati, e non diventare obiettivo esso stesso (art. 65, c. 3, CCNL '94/97).

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, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata, ecc.” (art. 16, c. 4, CCNL ’98/2001). 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, utilizzando 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 ’94/97 per partecipare “a concorsi ed esami, convegni, congressi o corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazione professionale facoltativi”.

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 (anche venete) 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 della unità operativa 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 ed aggiuntiva retribuzione” e neppure “comportare una mera riduzione dell’orario di lavoro”.

Non solo per le attività di aggiornamento obbligatorio, e quindi per l’ECM, ma anche per l’aggiornamento facoltativo, il CCNL di area medica (art. 33, c. 6, CCNL ’94/97 e art. 16, c. 4, CCNL ’98/2001) autorizza il ricorso alla riserva di ore anzidetta.

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 della organizzazione dell’articolazione oraria (orario ordinario, assistenziale e non, e piani per le emergenze); 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. L'ECM, con tutti i suoi problemi (ritardato avvio, bisticcio istituzionale tra Stato centrale e Regioni in materia, accreditamento degli eventi formativi e loro finanziamento, accreditamento dei providers, formazione a distanza, penalizzazioni in caso di mancato raggiungimento dei crediti formativi, ecc.), ha solo evidenziato inadempienze più che ventennali in materia di aggiornamento professionale obbligatorio (obbligo appunto sancito già dall'art. 46 del D.P.R. 761/79).

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 (o esauriti), come quello a tempo definito.

Per quanto riguarda l'articolazione dell'orario di servizio nell'arco della giornata, dai contratti nazionali di area medica (comma 5 dell'art. 16 del CCNL '98/2001, che praticamente riprende quanto già disposto dall'art. 17, c. 3, del CCNL '94/97) si evince:

- che nell'arco delle 12 ore di servizio diurne (considerate comunque lo "zoccolo duro" assistenziale), la presenza medica è destinata a far fronte alle esigenze ordinarie e di emergenza che avvengono nel medesimo periodo;
- che, mediante concertazione aziendale, vengono individuati i servizi ospedalieri e particolari servizi del territorio in cui la presenza del dirigente medico deve essere assicurata nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana, mediante una opportuna programmazione e preventiva articolazione dei turni di guardia;
- che i turni di guardia e di pronta disponibilità dovrebbero essere limitati ai soli periodi notturni e festivi (artt. 19 e 20 del CCNL '94/97);
- che il concetto di lavoro notturno è molto controverso nei suoi limiti (prima erano considerate ore notturne le 12 ore che non erano diurne, cioè le ore dalle 20 del giorno che precede alle 8 del giorno che segue; poi sono diventate ore notturne quelle comprese tra le ore 22 e le ore 6; infine, nel recentissimo D.Lgs. 66/2003, che ha recepito la direttiva 93/104/Ce, sono diventate notturne le ore comprese tra le 24 e le 5);
- che tutti i dirigenti medici non responsabili di struttura complessa sono tenuti ad assicurare i servizi di guardia e pronta disponibilità previsti dagli artt. 19 e 20 del CCNL 5 dicembre 1996.

Anche rispetto a questi chiari principi normativi, le in-

dempienze e le deroghe si sprecano: vedo servizi di guardia e pronta disponibilità programmati anche nelle ore diurne feriali; vedo pressoché azzerato, specie nelle piccole U.O. con organico carente, il lavoro in équipe, sul cui profondo valore educativo-formativo non ci possono essere dubbi, a causa del malvezzo di allineare i medici in "fila indiana" così da formare una sorta di guardia permanente (non solo notturna o festiva); vedo alcuni Colleghi discriminati e penalizzati nelle turnazioni (sia quelle dell'organigramma di Reparto o di sala-operatoria, che quelle dei servizi di emergenza); vedo infine turni di lavoro "suicidi" (non solo oltre le 8 ore, ma anche oltre le 12, addirittura con continuità di servizio, da parte di uno stesso medico, tra turni di guardia e attività ordinarie di Reparto), ecc., ecc.

Tutte queste degenerazioni un sindacato di categoria serio non può favorirla ad avallarla, ma deve contrastare e denunciare, anche per tutelare qualità e sicurezza del servizio reso alla cittadinanza.

Quanto fin qui detto, non vale per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa, che hanno pur essi un tempo di lavoro, peraltro articolato in modo flessibile per correlarlo alle esigenze della struttura cui sono preposti, all'espletamento dell'incarico affidato, agli obiettivi e programmi annuali da realizzare, nonché per lo svolgimento delle attività di aggiornamento, didattica e ricerca finalizzata, ma (scusate il ridicolo) questo tempo di lavoro non è quantizzato (art. 17 del CCNL '98/2001).

Chi mi conosce, sa che sono personalmente 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 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 anche portato con sé, per gli ex primari, la 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.

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. 19, c. 2, CCNL '94/97, tuttora vigente).

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 '94/97).

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, da parte di tali Colleghi, 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 di parte variabile (con riferimento ai parametri valutativi della collaborazione interna e della osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati).

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, 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.

Noi non dobbiamo favorire il ricorso a tale istituto perché:

- l'attuale pleora e disoccupazione medica sconsigliano tale politica del lavoro;

- il lavoro straordinario è fortemente contingentato (non più di 65 ore/anno per dipendente in servizio) e il fondo contrattuale (ex art. 51 del CCNL '98/2001), che dovrebbe compensarlo, è fortemente carente e male alimentato;

- la misura oraria del lavoro straordinario è determinata sulla base di tre sole voci retributive mensili (stipendio tabellare in godimento; indennità integrativa speciale in godimento, rateo della tredicesima mensilità sulle due voci anzidette) divisa per 156 e maggiorata del 15% (straordinario diurno), del 30% (straordinario festivo o notturno dalle ore 22 alle 6), del 50% (straordinario notturno festivo). Nonostante le maggiorazioni anzidette, l'ora straordinaria "pesa" retributivamente meno dell'ora ordinaria di lavoro, con una incoerenza che ha dello scandaloso in tutto il pubblico impiego. 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 '98/2001);

- attività di consulenza e consulti (ex art. 58 CCNL '98/2001);

- attività di cosiddetta "libera professione aziendale" (ex art. 2, c. 5, DPCM 27/03/2000 ed ex art. 55, c. 2, del CCNL '98/2001), 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;

- 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) molto vaghi, pieni di ambiguità, di contraddizioni, di rinvii, di carenze, ecc.

Quale è stata la politica sindacale della CIMO in materia di orario di lavoro dei medici dipendenti? Il nostro sindacato si è sempre impegnato per ridurre l'orario di

Orario di lavoro dei medici ospedalieri, gli aspetti sindacali

lavoro (operazione ottenuta con l'art. 77 del D.P.R. 270/87, rispetto alle precedenti previsioni del D.P.R. 348/83), ovvero per impedire che esso venisse incrementato (operazione questa non riuscita col D.P.R. 384/90, per il tradimento dell'ANAAO di Aristide Paci e della CISL-Medici di Gigi Bonfanti, che hanno sottratto tale materia al tavolo contrattuale competente di Palazzo Vidoni per fare un accordo fuori dalle regole e di puro favore con il Ministro Paolo Cirino Pomicino ed il Governo Andreotti).

Anche nell'ambito della contrattazione dei due primi contratti della dirigenza medica (CCNL 5 dicembre 1996 e CCNL 8 giugno 2000) la CIMO ha rivendicato almeno il ritorno alle 36 ore settimanali in base a queste semplici considerazioni:

- l'incremento dalle 36 alle 38 ore settimanali (di cui al D.P.R. 384/90) è stato definito fuori dalle regole della legittimità negoziale. È da 13 anni, così, che diamo 2 ore di lavoro settimanale in più di quello che sarebbe stato giusto prestare;
- tutto il restante personale non dirigenziale del Comparto sanitario ha un orario di lavoro di 36 ore settimanali;
- c'è carenza di personale sanitario "dei livelli", mentre ci sono sovrabbondanza di personale medico, e quindi di disoccupazione medica;
- visto che non ci sono risorse per adeguare le retribuzioni medico-dipendenti all'inflazione reale, riduciamo almeno l'orario di lavoro dipendente della categoria e liberalizziamo la normativa in materia di esercizio libero-professionale!

Se la CIMO finora non ha ottenuto risultati su questi aspetti, non è certo perché rivendichi cose irragionevoli e non motivate, ma semplicemente perché, tra quelli medici, siamo il solo sindacato veramente di categoria.

documenti