

# **LINEE GUIDA ANAAO ASSOMED PER LA STESURA DELL'ATTO DI INDIRIZZO REGIONALE RELATIVO ALL'ART. 9 DEL CCNL 3/11/2005**

## **PRINCIPI GENERALI**

Nella stesura dell'Atto di indirizzo Regionale sull'art. 9 devono essere rispettati i seguenti principi generali.

- 1) Le linee di indirizzo regionale, previste al comma 1 dell'art. 9 sulle materie elencate nel suddetto articolo, non possono suggerire modifiche del dettato contrattuale nazionale od interpretazioni di questo non rispondenti strettamente alla ratio della norma nazionale.
- 2) Le stesse linee di indirizzo possono solamente integrarlo e/o fornire dei suggerimenti attuativi per una applicazione più omogenea nel territorio regionale, nel rispetto comunque del principio citato al punto 1.
- 3) Dal momento che le norme contrattuali nazionali hanno cogenza per l'intero periodo di vigenza del contratto o per periodi diversi (nel caso questi siano chiaramente espressi dal CCNL) e comunque hanno valore fin quando non sono sostituite da altre norme contrattuali nazionali, anche le linee di indirizzo regionali hanno lo stesso periodo di vigenza.
- 4) Le linee di indirizzo regionali possono essere modificate e/o integrate e/o implementate con le stesse modalità previste dall'art. 9.

## **ELENCO DEI PRINCIPI DA RISPETTARE E DEI NODI SPECIFICI PIU' IMPORTANTI DA RISOLVERE PER ALCUNI DEI PUNTI DELL'ART. 9**

Si analizzano per alcune delle materie elencate al comma 1 dell'art. 9 i problemi specifici più importanti che dovranno essere chiariti o risolti nella stesura dell'Atto di Indirizzo Regionale.

In alcuni punti saranno forniti delle precisazioni e dei suggerimenti.

## **A) Utilizzo delle risorse regionali di cui all'art. 57 del nuovo CCNL**

### Principi

Dopo l'applicazione dell'art. 57, in caso di incapacienza di uno o più fondi di una azienda, relativi agli istituti previsti agli artt. 51, 52 e 55 comma 6, le linee guida possono suggerire compensazioni alle seguenti condizioni:

- la compensazione può avvenire all'interno della stessa azienda solamente fra le voci previste all'art. 57 e limitatamente agli incrementi;
- il dettato degli artt. 51, 52 e 55 comma 6 deve essere comunque soddisfatto;
- non vi può essere compensazione fra le diverse aziende della regione perché l'art. 57 prevede solamente quello all'interno dell'azienda.

### Nodi da risolvere

- Nel caso vi siano dei residui non spesi per ciascuna voce fra quelle previste all'art. 57 negli anni passati (2003, 2004 e 2005) dopo le eventuali compensazioni, a quale istituto contrattuale dovranno essere destinati in via temporanea per ciascun anno di competenza ?
- Nel caso vi siano dei residui non spesi per ciascuna voce fra quelle previste all'art. 57 a partire dall'anno 2006 in poi dopo le eventuali compensazioni, a quale istituto contrattuale dovranno essere destinati in via temporanea per ciascun anno di competenza ?
- E' opportuno a questo proposito un indirizzo regionale specifico o lasciare la decisione alla contrattazione aziendale ?

### Suggerimenti

Sarebbe forse più opportuno lasciare nella disponibilità del fondo per le particolari condizioni di lavoro quelli eventualmente realizzatisi dall'anno 2006 in poi.

## **B) Realizzazione della formazione manageriale e formazione continua, comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione permanente**

### Premessa

Si ricordi che l'istituto della formazione continua e dell'aggiornamento:

- ha un meccanismo di finanziamento obbligatorio nella misura e nelle modalità previste dalle norme contrattuali nazionali (comma 3 dell'art. 23 del nuovo CCNL);
- può avere un finanziamento aggiuntivo aziendale sec. quanto eventualmente contrattato al livello aziendale.

## Principi da precisare nel l'Atto di indirizzo regionale

- 1) La formazione continua e l'aggiornamento è un diritto dovere del dirigente medico ed un dovere per l'azienda;
- 2) L'azienda ha il dovere di creare le condizioni organizzative ed economiche per permettere la formazione continua e l'aggiornamento;
- 3) L'azienda da sola o in associazione con altre aziende e/o con la Regione ha il dovere di creare le condizioni organizzative ed economiche (assunzione in toto degli oneri organizzativi e dei costi) per permettere l'acquisizione da parte di ciascun dirigente medico dei crediti formativi necessari per ciascun anno;
- 4) In caso di impossibilità da parte dell'azienda a rispettare il punto 3 questa deve essere oggettiva e deve essere dimostrata; in tal caso la stessa non potrà penalizzare il dipendente per la mancata acquisizione dei crediti;
- 5) La formazione continua e l'aggiornamento obbligatorio devono riguardare non solamente gli aspetti manageriali ma soprattutto quelli specifici professionali.

## Nodi da risolvere

- Le modalità di finanziamento aggiuntivo del fondo per l'istituto della formazione continua e dell'aggiornamento.
- La percentuale di ripartizione del suddetto fondo fra gli obiettivi di aggiornamento e formazione continua obbligatoria e quella facoltativa o in alternativa la percentuale minima di fondo da destinare all'aggiornamento ed alla formazione facoltativa.
- La percentuale di ripartizione del fondo destinato agli obiettivi di aggiornamento e formazione continua obbligatoria fra quelli di tipo manageriale e quelli di tipo professionale o in alternativa la percentuale minima di fondo da destinare a questi ultimi.
- I livelli decisionali deputati a decidere e realizzare gli eventi formativi di tipo prevalentemente manageriale e quelli di tipo prevalentemente professionale.
- La definizione dei criteri generali deputati a regolamentare l'aggiornamento e la formazione continua facoltativa.
- L'individuazione della struttura aziendale che dovrà gestire il suddetto fondo e gli aspetti burocratici inerenti agli eventi formativi.

## **C) Metodologie di utilizzo da parte delle aziende ed enti di una quota dei minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale**

### Premessa

#### Si ricordi che:

- la norma presente al punto A del 2° comma dell'art. 50 del 2° CCNL è già vigente dall'anno 2000 e pertanto dovrebbe essere già di ordinaria attuazione nelle aziende;

- il nuovo CCNL ne ha rinnovato al 2° comma dell'art. 54 la sua vigenza;
- il fondo dell'art. 50 del 2° CCNL e quello dell'art. 54 del 3° CCNL si riferisce all'indennità di specificità medica e di posizione;
- le somme derivanti dall'attuazione del suddetto punto A del 2° comma dell'art. 50 (e pertanto anche dell'art. 54 del nuovo CCNL) devono implementare tale fondo;
- possono essere destinati temporaneamente ad altri fondi contrattuali nell'anno di competenza, previo accordo al livello aziendale con le OO.SS., e comunque ritornare nella disponibilità del fondo di specificità medica e di posizione nell'anno successivo.

### Principi da precisare nell'Atto di indirizzo regionale

- 1) Che cosa si intende per “**oneri**”, specificando che per gli anni 2002 e 2003 ci si riferisce allo stipendio tabellare ed alla contingenza e che dall'anno 2004 in poi solamente al nuovo stipendio tabellare.
- 2) Che cosa si intende per “**riduzione stabile della dotazione organica**”;
- 3) Che la riduzione stabile della dotazione organica è misurata dal dato numerico quantitativo che esprime complessivamente l'eventuale decremento del personale medico dipendente dell'azienda (eventualmente inteso come unità equivalenti) rispetto all'anno precedente.

### Nodi da risolvere

- Se suggerire o meno al livello regionale l'intervallo percentuale (**quota**) entro cui ciascun tavolo aziendale dovrà decidere la quota di oneri risparmiati che dovrà implementare il fondo di posizione.
- Se suggerire o meno ai tavoli aziendali di ripartire tale quota aggiuntiva a tale fondo fra tutti i medici presenti in azienda con i criteri già concordati con le OO.SS. per il fondo di posizione ovvero di ripartire tale quota aggiuntiva secondo nuovi criteri da concordare con le OO.SS., rispondenti comunque ad obiettivi coerenti alle finalità di tale fondo.

### Suggerimenti

- Non legare l'individuazione della quota di risparmi con cui implementare il fondo di posizione all'introduzione di obiettivi di produttività perché sarebbe un modo più o meno nascosto di porre in dubbio l'automatismo applicativo della norma contrattuale e di utilizzare di fatto tale quota aggiuntiva per le finalità del fondo di risultato e non di posizione, come invece si dovrebbe;
- Proporre alle aziende di ripartire tale somma aggiuntiva, sia per gli anni passati e sia dal 2006 in poi, nel rispetto dei criteri già concordati per il fondo di posizione ovvero, se si vogliono utilizzare nuovi criteri per ripartire tale somma, proporre di utilizzarli dal 2006 in poi.

## **D) Modalità di incremento dei fondi in caso di aumento della dotazione organica del personale o dei servizi anche ad invarianza del numero complessivo di essa ai sensi dell'art. 53 del CCNL 8 giugno 2000**

### Premessa

#### Si ricordi che:

- la norma presente all'art. 53 del 2° CCNL è già vigente dall'anno 2000 e pertanto dovrebbe essere già di ordinaria attuazione nelle aziende;
- il nuovo CCNL ne ha rinnovato la sua vigenza;
- il dettato del suddetto art. 53 non necessita di reinterpretazioni al livello regionale, con cui si potrebbe correre il rischio di snaturare o addirittura modificare la ratio della norma, ma solamente di precisazioni al fine di rendere chiaro ed ineludibile il dettato contrattuale e di favorire una sua applicazione omogenea all'interno della regione;
- le linee di indirizzo regionali in merito, come le norme contrattuali nazionali, hanno vigenza per lo stesso periodo di efficacia del contratto nazionale e comunque hanno valore fin quando non sono sostituite da altre linee di indirizzo che modificano o integrano le prime con le stesse modalità previste dall'art. 9 e pertanto hanno valore retroattivo a partire dal 2002;
- l'implementazione dei fondi, in attuazione suddetto articolo contrattuale, è a carico interamente del bilancio dell'azienda;
- la decurtazione dei fondi in oggetto da parte dell'azienda non è possibile perché non prevista dal CCNL ad eccezione, per gli anni 2002 e 2003, della parte garantita contrattualmente del fondo di posizione e dell'indennità di specificità medica e, per gli anni che vanno dal 2004 in poi, dell'indennità di posizione unificata (garantita anch'essa contrattualmente) nel caso di trasferimento di un dirigente medico da una azienda ad un'altra; in tal caso tali somme verranno defalcate dal fondo dell'azienda di partenza e trasferite all'equivalente fondo dell'azienda di arrivo.

### Principi da precisare nell'Atto di indirizzo regionale

Per quanto riguarda il **1° comma dell'art. 53 del CCNL 8 giugno 2000**, per maggiore chiarezza, deve essere precisato che:

- 1) i fondi, a cui si riferisce nel nuovo CCNL sono quelli previsti all'artt. 54, 55 e 56;
- 2) in caso di 1° applicazione della norma suddetta, il raffronto fra le dotazioni organiche dei dirigenti medici deve essere fatto fra quella dell'anno in esame (2002) e quella presa a base di calcolo per la formazione dei fondi, come codificato dal punto A del comma 1 e dal comma 5 dell'art. 60 del 1° CCNL;
- 3) in caso di applicazione successiva, il raffronto fra le dotazioni organiche dei dirigenti medici deve essere fatto fra quella dell'anno in esame e quella dell'anno in cui è stato fatto l'ultimo raffronto ai fini dell'applicazione del dettato dell'art. 53;
- 4) in caso che il raffronto delle dotazioni organiche dimostri un incremento, il fondo dell'art. 54 del nuovo CCNL deve essere addizionato interamente delle somme necessarie per soddisfare le finalità di tale fondo per ciascuno dei dirigenti medici risultanti in più, tenendo conto anche della posizione funzionale affidata;
- 5) nello stesso caso, il fondo dell'art. 55 deve essere addizionato interamente delle somme necessarie per garantire la soddisfazione delle finalità di tale fondo per

ciascuno dei dirigenti medici risultanti in più nel caso queste siano conseguenti all'organizzazione del lavoro a loro affidata;

- 6) nello stesso caso, il fondo dell'art. 56 deve essere addizionato interamente delle somme necessarie per garantire la retribuzione di risultato attribuita a ciascuno dei dirigenti medici risultanti in più.

Per quanto riguarda il **2° comma del suddetto articolo**, per maggiore chiarezza, deve essere precisato che:

- 1) tale norma si applica ad invarianza della dotazione organica dell'azienda;
- 2) il fondo per il trattamento accessorio è quello dell'art. 56 del nuovo CCNL e cioè quello per le particolari condizioni di lavoro,
- 3) per servizi si intendono servizi di continuità assistenziale, di guardia medica divisionale, di pronta disponibilità e di polizia giudiziaria;
- 4) in caso di 1° applicazione della norma suddetta, il raffronto deve essere fatto per ciascuna voce fra i suddetti servizi risultanti nel 2001 e quelli del 2002;
- 5) in caso di applicazione successiva, il raffronto deve essere fatto fra quelli dell'anno in esame e quella dell'anno precedente in cui è stato fatto il raffronto ai fini dell'applicazione del 2° comma del dettato dell'art. 53;
- 6) la decurtazione del fondo in oggetto da parte dell'azienda non è possibile, in caso risulti dal raffronto un decremento dei servizi in oggetto, perché non prevista dal CCNL.

## **E) Criteri generali dei sistemi e meccanismi di valutazione dei dirigenti che devono essere adottati preventivamente dalle aziende**

### Premessa

La riformulazione sistematica del sistema delle verifiche e delle valutazioni dei dirigenti medici, così come espressa dall'art. 25 all'art. 32 del nuovo CCNL, chiarisce quasi del tutto i dubbi e le incertezze attuative maturate in seguito all'attuazione delle norme in merito dei precedenti CCNL.

I criteri generali in merito, che devono essere adottati in premessa dalle aziende nonché i meccanismi da utilizzare, sono espressi in modo chiaro ed articolato dai suddetti articoli e dall'allegato n. 5.

Tale sistema non necessita pertanto di una reinterpretazione attraverso l'Atto di indirizzo regionale, con cui si potrebbe correre il rischio di snaturare o addirittura modificare la ratio delle norme, ma al massimo di suggerire alle aziende una soluzione univoca o comunque più omogenea al livello regionale di alcuni nodi lasciati volutamente irrisolti dal dettato e dall'allegato contrattuale sopra citati.

### Principi da precisare nell'Atto di indirizzo regionale

- Il valutatore di 1° istanza non può essere anche valutatore di 2° istanza nella valutazione di un dirigente medico.

- Il valutatore di 1° istanza deve essere comunque il titolare della struttura direttamente sovraordinata, secondo i rispettivi atti aziendali di organizzazione
- Il Collegio tecnico che giudica dirigenti medici dipendenti del S. S. N. può essere formato solamente da dirigenti medici dipendenti del S. S. N. in possesso dei requisiti minimi stabiliti dalla normativa.
- Il Direttore di dipartimento presiede di norma il Collegio tecnico che valuta in 2° istanza un dirigente medico operante nello stesso dipartimento, salvo i casi è anche valutatore di 1° istanza dello stesso dirigente medico.

## Nodi da risolvere

- 1) Quali devono essere i criteri di composizione numerica del Collegio tecnico ?
- 2) Quali devono essere i criteri di scelta dei componenti del Collegio tecnico ?
- 3) Chi deve individuare e chi deve nominare i componenti del Collegio tecnico ?.
- 4) Chi deve procedere alla valutazione di 2° istanza nei riguardi di Direttori di struttura complessa o di Direttori di dipartimento o di struttura ad esso assimilata ?
- 5) Quali eventuali altre incompatibilità a far parte del Collegio tecnico, oltre a quelle suggerite dall'allegato n. 5 del nuovo CCNL dovrebbero essere introdotte ?
- 6) La valutazione del Nucleo di valutazione e del Collegio tecnico deve essere espressa solamente in termini concettuali o anche in termini quantitativi mediante un voto ed in ambedue i casi, quale spartiacque da suggerire fra valutazione positiva, negativa e gravemente negativa ?
- 7) Quanto può incidere massimo in termini percentuali il risultato della valutazione annuale del Nucleo di valutazione sul risultato complessivo della valutazione periodica del Collegio tecnico, eventualmente distinto per categoria di posizione affidata, al fine di non snaturare il ruolo e l'oggetto della valutazione di quest'ultimo ?

## **F) Criteri generali per sviluppare a livello aziendale un sistema di standard finalizzati all'individuazione dei volumi prestazionali riferiti all'impegno, anche temporale, richiesto nonché di monitoraggio delle prestazioni concordate e correlate al raggiungimento degli obiettivi**

### Premessa

- Questo è uno degli argomenti più strategici da trattare nel Tavolo di coordinamento regionale attraverso cui fornire dei suggerimenti concreti alle aziende con cui individuare in modo più oggettivo o almeno meno avventuristico i volumi prestazionali da concordare con le singole unità operative con la contrattazione a budget.
- Il confronto su tale materia al livello regionale costituisce l'unica occasione per le OO.SS. della dirigenza medica per potere incidere in merito dal momento che il CCNL le esclude dalla filiera decisionale al livello aziendale.
- Al livello nazionale o regionale attualmente non esiste la definizione certa del tempo medio di esecuzione per ciascuna tipologia di prestazione assistenziale e ben difficilmente si potrà avere nei prossimi anni perché il tempo di esecuzione medio di

ciascuna tipologia di prestazione risente moltissimo di una serie di variabili diverse fra le diverse aziende

- La definizione di criteri metodologici oggettivi nella individuazione dei volumi prestazionali attesi rende:
  - più facile, meno soggettiva e meno distante dalla realtà l'individuazione di tali volumi al livello aziendale,
  - più concreta l'affermazione che l'orario di lavoro settimanale previsto dal CCNL non è l'orario minimo,
  - più facile l'individuazione di obiettivi realistici,
  - più significativo il monitoraggio dei risultati.

## Principi da precisare nell'Atto di indirizzo regionale

- 1) L'orario di lavoro settimanale per i dirigenti medici previsto dal CCNL.
- 2) L'orario di lavoro settimanale da utilizzare per compiti assistenziali di istituto previsto dal CCNL.
- 3) L'orario di lavoro annuale da utilizzare per compiti assistenziali di istituto, al netto delle ferie, del congedo straordinario per aggiornamento e dei riposi aggiuntivi per rischio radiologico e rischio anestesiologicalo, previsto dal CCNL.
- 4) I criteri generali di metodologia per l'individuazione dei volumi di prestazione devono essere:
  - Oggettivi,
  - motivo di confronto al livello aziendale con le OO.SS..
- 5) La metodologia individuata al livello aziendale deve essere:
  - utilizzata in tutti i casi per l'individuazione dei volumi prestazionali attesi,
  - uguale per tutte le unità operative.
- 6) I volumi prestazionali attesi annuali, concordati con ciascuna unità operativa, sono quelli che la stessa si impegna ad effettuare nell'orario di lavoro annuale da utilizzare per compiti assistenziali di istituto, come definito al punto 3).

## Nodi da risolvere

L'Atto di indirizzo regionale sui volumi prestazionali deve suggerire al livello aziendale:

- l'individuazione di metodologie oggettive ?
- i criteri generali per individuare la metodologia più corretta per poter calcolare i volumi prestazionali attesi per ciascuna unità operativa ovvero la stessa metodologia ?
- i criteri generali per individuare la metodologia oggettiva di monitoraggio delle prestazioni concordate ovvero la stessa metodologia ?

Lo stesso Atto di indirizzo, per quanto riguarda il monitoraggio dei volumi prestazionali effettuati, deve suggerire al livello aziendale:

- criteri di monitoraggio solamente di tipo quantitativo ?
- criteri di monitoraggio di tipo quantitativo insieme anche a criteri di monitoraggio di tipo qualitativo ed organizzativo ?

## Suggerimenti

Per favorire l'utilizzo di una metodologia, omogenea in tutte le aziende della regione, e parimenti l'individuazione più corretta possibile nelle stesse dei volumi prestazionali si suggerisce che nell'Atto di indirizzo regionale:

- siano individuati e proposti, non solo i criteri generali, ma anche la stessa metodologia;
- la metodologia proposta tenga conto in modo oggettivo dei seguenti fattori:
  - a) l'orario di lavoro annuale dell'intera unità operativa da utilizzare per compiti assistenziali di istituto, come definito precedentemente al punto 3) del paragrafo dei principi da precisare;
  - b) l'organizzazione del lavoro stabilita all'interno dell'azienda e/o del dipartimento e le sue ricadute all'interno dell'unità operativa;
  - c) la domanda assistenziale prevista;
  - d) i tempi di attesa esistenti;
  - e) gli obiettivi regionali e/o aziendali;
  - f) la tipologia delle prestazioni richieste;
  - g) l'impegno professionale e tecnologico richiesto per ciascuna tipologia di prestazione richiesta;
  - h) il livello tecnologico esistente;
  - i) le linee guida esistenti in merito alla qualità delle prestazioni;
  - j) il piano dei lavori attuato all'interno dell'unità operativa, preventivamente concordato con la Direzione Sanitaria dell'azienda;
  - k) i volumi prestazionali eseguiti l'anno precedente nell'orario di lavoro annuale disponibile per compiti assistenziali di istituto dell'intera unità operativa, come definito precedentemente al punto 3), rapportati alle condizioni organizzative e tecnologiche esistenti;
  - l) le criticità emerse l'anno precedente a consuntivo sui volumi prestazionali attesi;
  - m) gli eventuali "temperi delle prestazioni" proposti dalle Società Scientifiche o conseguenti ad analisi statistiche attendibili eseguite con il metodo del "bence marking".

Per evitare che il monitoraggio delle prestazioni effettuate ed il confronto con quelle attese concordate possa generare dei giudizi errati è necessario che nell'Atto di indirizzo regionale si suggerisca un monitoraggio contemporaneamente di tipo:

- quantitativo,
- qualitativo,
- organizzativo.

**G) Criteri generali per la razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza al fine di favorire la loro valorizzazione economica secondo la disciplina del presente contratto, tenuto anche conto dell'art. 55, comma 2 del CCNL 8 giugno 2000 relativo alle tipologie di attività professionali ed ai suoi presupposti e condizioni**

## Premessa

### Si ricordi che:

- anche questo argomento è uno dei più strategici fra quelli elencati all'art. 9 su cui confrontarsi ed attraverso cui fornire dei suggerimenti concreti al Tavolo di concertazione aziendale sulla razionalizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza;
- i suggerimenti formulati con l'Atto di indirizzo regionale hanno una forte valenza organizzativa e programmatoria sulle aziende ma anche sulla stessa regione;
- gli obiettivi che vorrebbero raggiungere le parti che si confrontano sono inizialmente presumibilmente diversi:
  - le regioni vorranno tentare di ridurre acriticamente le attività connesse alla continuità assistenziale ed all'urgenza/emergenza per ridurre i costi da questa generati, conseguenti anche al dettato del nuovo CCNL,
  - le OO.SS., e soprattutto la nostra Associazione, dovranno tentare di ottenere una corretta razionalizzazione ed ottimizzazione di tali attività ma anche di introdurre in merito dei "paletti" vincolanti di qualità organizzativa;
- le regioni e le aziende sono "politicamente deboli" dinanzi alla percezione da parte dell'opinione pubblica del rischio da carenze organizzative in materia di urgenza ed emergenza, ma contemporaneamente hanno paura delle eventuali "conseguenze elettorali" di una riorganizzazione della rete ospedaliera conseguente anche all'obiettivo di ottimizzare tale attività;
- l'allegato 2 al nuovo CCNL costituisce la situazione organizzativa minima ed ineludibile da cui partire per riorganizzare il sistema delle guardie mediche nelle aziende.

## Principi da precisare nell'Atto di indirizzo regionale

- 1) Nelle ore notturne e nei giorni festivi le esigenze assistenziali e le urgenze/emergenze di tutti i pazienti ricoverati in ospedale devono essere soddisfatte da servizi di continuità assistenziale specifici.
- 2) Nelle ore notturne e nei giorni festivi, la continuità assistenziale e le urgenze/emergenze dei servizi ospedalieri e, laddove previsto, di quelli territoriali, sono assicurate attraverso i seguenti servizi:
  - a. guardia medica di unità operativa (*divisionale*);
  - b. la guardia medica tra più unità operative (*interdivisionale*);
  - c. la guardia medica nei servizi territoriali;
  - d. pronta disponibilità medica.
- 3) Le guardie mediche tra più unità operative (*interdivisionale*) devono riguardare reparti appartenenti alla stessa area funzionale omogenea e devono insistere nella stessa sede.
- 4) Graduale superamento della pronta disponibilità sostitutiva, allo scopo di garantire mediante turni di guardia una più ampia tutela assistenziale nei reparti di degenza.
- 5) Il servizio di guardia medica è svolto all'interno del normale orario di lavoro.
- 6) Le guardie espletate fuori dell'orario di servizio possono essere assicurate con:
  - il ricorso al lavoro straordinario,
  - recupero orario,
  - il ricorso alla libera professione del medico in favore dell'azienda (comma 2 dell'art. 55 del CCNL del 8 giugno 2000), nei modi e nei limiti indicati dal 1° comma dell'art. 18 del nuovo CCNL.

## Nodi da risolvere

- Quali criteri organizzativi suggerire al livello aziendale per individuare le guardie mediche di unità operativa, aggiuntive a quelle previste dall'allegato 2 del nuovo CCNL ?
- Quali criteri organizzativi suggerire per individuare i servizi di diagnosi e cura senza posti letto dove istituire le guardie mediche nei servizi di diagnosi e cura ?
- Quali criteri suggerire al livello aziendale, oltre quelli previsti dall'allegato 2 del nuovo CCNL, per individuare le guardie mediche tra più unità operative (*interdivisionali*) ?
- Quali limiti massimo di posti letto devono essere serviti dalla “*guardie mediche interdivisionale*”, a secondo dell'aria funzionale a cui appartiene e che tutte le unità operative che sono servite da questa siano contenute nello stesso padiglione ovvero in più padiglioni, anche se vicini ?
- Quali criteri organizzativi suggerire per individuare quando devono essere istituite le pronte disponibilità integrative della guardia medica “*divisionale o interdivisionale*” ?
- Quali criteri organizzativi suggerire per individuare quando devono essere istituite le pronte disponibilità sostitutive della guardia medica ?
- Entro quanto tempo massimo le aziende dovranno riorganizzare al loro interno il sistema delle guardie e delle pronte disponibilità mediche, in ossequio al dettato ed alle indicazioni fornite dal nuovo CCNL ed ai suggerimenti forniti dall'Atto di indirizzo regionale ?
- Entro quanto tempo massimo le aziende dovranno riorganizzare al loro interno il sistema delle guardie e delle pronte disponibilità mediche al fine di determinare il superamento della pronta disponibilità sostitutiva della guardia, in ossequio al dettato ed alle indicazioni fornite dal nuovo CCNL ed ai suggerimenti forniti dall'Atto di indirizzo regionale ?

## **I) Criteri generali per l'inserimento, nei regolamenti aziendali sulla libera professione di cui all'art. 4, comma 2 lett. G), di norme idonee a garantire che l'esercizio della libera professione sia modulato in modo coerente all'andamento delle liste di attesa**

### Premessa

#### Si ricordi che:

- la formulazione sistematica nel CCNL del 8 giugno 2000 delle norme che regolamentano l'attività libero professionale del medico dipendente e delle tipologie di libera professione possibile è abbastanza esaustiva ed ancora attuale;
- il nuovo CCNL introduce solamente delle modifiche di natura tariffaria e rafforza il principio che le aziende possono ricorrere alla libera professione medica in favore dell'azienda, in caso di prestazioni aggiuntive non remunerabili con gli altri istituti contrattuali presenti (lavoro straordinario o retribuzione di risultato);
- l'obiettivo che vorrebbero raggiungere le regioni, non è solamente quello di suggerire al Tavolo aziendale di introdurre nel regolamento aziendale in merito le poche

modifiche sopra ricordate, ma presumibilmente quello di introdurre anche delle norme miranti a legare strettamente le altre forme di libera professione (oltre quella in favore dell'azienda):

- all'andamento delle liste di attesa,
  - ad alcuni dei risultati degli obiettivi di budget concordati (spesso imposti),
  - ad aumentare le forme improprie di deterrenza nei riguardi dei medici,
  - a legare in modo improprio concettualmente le lungaggini delle liste di attesa ad eventuali colpe mediche, mascherando così le proprie responsabilità;
- l'andamento delle liste di attesa è conseguente, nella quasi totalità dei casi, a cause estranee alla volontà ed all'operato dei dirigenti medici dipendenti;
  - l'unica forma di libera professione medica che può correttamente essere modulata in funzione dell'andamento delle liste di attesa è solamente la libera professione in favore dell'azienda.

## Suggerimenti

- Suggerire al Tavolo aziendale di introdurre nel regolamento aziendale sulla libera professione solamente le poche modifiche, ricordate nella premessa.
- Precisare nello stesso Atto che:
  - 1) l'andamento delle liste di attesa è conseguente, nella quasi totalità dei casi, a cause estranee alla volontà ed all'operato dei dirigenti medici dipendenti,
  - 2) la libera professione in favore dell'azienda è l'unica forma di libera professione medica che può correttamente essere modulata in funzione dell'andamento delle liste di attesa,
  - 3) l'eventuale responsabilità medica in materia, prima di essere sanzionata, deve essere dimostrata in modo oggettivo,
  - 4) il non raggiungimento dell'obiettivo di una riduzione o mantenimento dei tempi di attesa nei limiti di riferimento nazionali e/o regionali, attraverso l'effettuazione dei volumi prestazionali attesi concordati, non può essere sanzionata con la riduzione del diritto ad esercitare la libera professione intra-moenia nelle sue diverse forme se non viene soddisfatto i seguenti principi:
    - l'eventuale responsabilità medica in materia, prima di essere sanzionata, deve essere dimostrata in modo oggettivo,
    - se non è stata già introdotta ed è operante al livello aziendale una metodologia corretta, oggettiva e condivisa per individuare i volumi prestazionali attesi;
  - 5) nel caso sussista responsabilità medica oggettiva, questa è individuale e le eventuali sanzioni devono anch'esse essere individuali e modulate alla gravità della responsabilità.