



CIMO

IL SINDACATO DEI MEDICI

**CCNL
2016-18**

**LE MAGGIORI CRITICITÀ IN 9 PUNTI
DOCUMENTO**

OSSERVAZIONI CRITICHE DELLA CIMO ECCO PERCHÈ IL PRE-ACCORDO NON ANDAVA FIRMATO!

1° Critica CIMO

“Ridimensiona pesantemente il ruolo delle rappresentanze sindacali in sede locale, nei fatti ridotte a semplici uditori delle iniziative datoriali, senza la possibilità di poter interloquire in proposito e incentivando il rinvio a “discipline legislative regionali”, anticamera dell’autonomia differenziata anche in materia contrattuale”.

RISPOSTA ANAAO ASSOMED A CIMO

Risposta

Il ridimensionamento del ruolo partecipativo del sindacato deriva dal deficit applicativo dell’art. 9 d.lgs. 165/01 in sede contrattuale. La critica di CIMO si riferisce al mancato riconoscimento del ruolo delle RSA (rappresentanze sindacali in sede locale) sia al tavolo del confronto regionale (art. 6), che nel neonato Organismo paritetico (art. 6 bis), che in sede di contrattazione decentrata (artt. 7 co 1 e 8 co. 3).

Premesso che lo stesso atto di indirizzo dava mandato al contratto di introdurre deroghe proprio ai sensi della legge Madia (vedi critica sub 5), le disposizioni di legge richiamate da ANAAO non impedivano certo che, tra le materie oggetto di contrattazione, fossero contemplate importanti materie già previste dal contratto vigente riguardanti la qualità e la sicurezza del lavoro ad iniziare dalle modalità di riposo nelle 24 ore. Abbiamo quindi perso materie importanti per la qualità e la sicurezza del nostro lavoro che garantiscono anche la qualità e la sicurezza delle cure erogate ai pazienti.

RISPOSTA CIMO AD ANAAO ASSOMED

Risposta

-L’art. 9 d.lgs. 165/01 prevede che *i contratti collettivi nazionali disciplinano le modalità e gli istituti della partecipazione*(sindacale): il ridimensionamento del ruolo partecipativo del sindacato, in genere, deriva dal deficit applicativo dell’art. 9 in sede contrattuale. La critica di CIMO si riferiva, in realtà, al mancato riconoscimento del ruolo delle RSA (si parla, infatti, di *rappresentanze sindacali in sede locale*) sia al tavolo del confronto regionale (art. 6), sia nel neonato Organismo paritetico (art. 6 bis), sia – discrasia non apprezzata da ANAAO – in sede di contrattazione decentrata (artt. 7 co 1 e 8 co. 3).

-Le disposizioni di legge richiamate da ANAAO non impedivano che tra le materie oggetto di contrattazione fossero contemplate le seguenti già previste dal contratto vigente (1) e lo stesso atto di indirizzo dava mandato al contratto di introdurre deroghe ai sensi proprio della legge Madia (vedi critica sub 5).

2° Critica CIMO

“Riorganizza la carriera del medico, ma ne stoppa la crescita con limitazioni quantitative eccessive degli incarichi dirigenziali più elevati, siano essi manageriali o professionali, inibendo la necessaria osmosi tra i due percorsi di sviluppo e lasciando il Direttore Generale libero di assegnare gli incarichi di maggior contenuto professionale senza aver preventivamente fissato le regole cui anche il medesimo deve soggiacere, affinché le sue scelte non risultino essere il mero esercizio dell’arbitrio, in barba alla tanto sbandierata, ma solo a parole, meritocrazia”.

Risposta

Non è assolutamente vero.

- Introduce la possibilità di attivare complessivamente circa 2.600 nuove posizioni di Altissima Professionalità a valenza dipartimentale, con retribuzione di posizione fissa pari alle U. O. Semplici dipart., e circa 6.100 nuove posizioni di Alta Professionalità all’interno delle U. O. Complesse, con retribuzione di posizione fissa pari alle U. O. Semplici articolaz. interne delle U. O. Complesse. Prima queste 8.700 nuove posizioni non c’erano.

- Le limitazioni quantitative degli incarichi dirigenziali di tipo gestionale (U. O. Semplici) esistono già dal 2016 per effetto di una Legge che

Risposta

Con il contratto vigente in sede di contrattazione decentrata gli incarichi professionali art.27 comma 1 lett. c CCNL 8/06/2000, possono raggiungere la valorizzazione economica delle Strutture Semplici sia nei valori minimi che nei valori massimi della retribuzione di posizione legata all’incarico, senza limitazioni numeriche. Invece con il nuovo contratto potranno essere attribuite **a tutte le categorie di dirigenti** dell’area sanità, non più del 10% degli incarichi di nuova istituzione e di più elevato valore professionale (rispettivamente 3% per Altissima e 7% per Alta professionalità). La percentuale si applica al numero complessivo degli incarichi professionali art.27 comma 1 lett. c CCNL

<p>ha introdotto l'obbligo a rispettare il rapporto 1,31 con le U. O. Complesse.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non è assolutamente proibita l'osmosi fra la carriera a prevalente percorso professionale con quella a prevalente percorso gestionale. - Il D. G., come già nel precedente CCNL, deve stabilire in premessa i criteri generali per la graduazione delle posizioni e per il loro conferimento. Questi criteri, come nel passato, non sono oggetto di contrattazione, ma solamente di Confronto per effetto del D. Lgs. 75/2017 (Legge Madia). 	<p>8/06/2000, conferiti in ciascuna azienda, al momento dell'entrata in vigore del nuovo contratto.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se si deve premiare il merito e ci sono molti dirigenti (medici) bravi, il criterio di scelta del "più bravo" è lasciato alla discrezionalità del DG. Infatti nessun profilo di alta e altissima professionalità è descritto dal contratto, né tantomeno è specificato come questi vadano distribuiti tra le diverse categorie dirigenziali. -dal momento che gli incarichi di maggior valore professionale e di nuova introduzione contrattuale verranno finanziati in prima istanza con la riduzione della variabile aziendale del dirigente titolare, potrebbe accadere che la valorizzazione economica resti immodificata rispetto a quella vigente. - tutti gli incarichi sono conferiti nei limiti delle disponibilità economiche del fondo all'uso destinato. -Il rapporto di 1,31 strutture semplici per ogni struttura complessa non è stato introdotto nell'ordinamento da una legge ma da un parere del Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA nella seduta del 26 marzo 2012. Nessuna disposizione di legge o parere, vincolava finora, nel numero, le diverse tipologie di incarichi professionali (di ricerca, di studio, di verifica, ispettivi, di controllo e di alta specializzazione) attribuibili ai dirigenti medici, che non erano tra loro sovraordinati. Ora lo sono: <u>limitati nel numero, sovraordinati e lasciati all'arbitrio del DG.</u>
--	---

<p>3° Critica CIMO "Vincola la presenza in servizio nell'ambito di un orario di lavoro di fatto senza regole, la cui quantificazione media di 48 ore settimanali è incrementata fino ad un periodo di riferimento semestrale".</p>	
<p style="text-align: center;">Risposta</p> <p>Non è vero. Non vincola la presenza in servizio a 48 ore medie settimanali. Le 48 ore medie settimanali sono il limite massimo raggiungibile nel rispetto della Disposizioni della Comunità Europea e comunque devono essere rispettate le disposizioni sui riposi giornalieri e settimanali. L'unica cosa che è cambiata è la misura del periodo temporale che viene utilizzato per il calcolo della media. È stato portato da 4 mesi a 6 mesi.</p>	<p style="text-align: center;">Risposta</p> <p>-A titolo esemplificativo solo due esempi per cui l'orario di lavoro dei dirigenti medici è di fatto e secondo CIMO senza regole e vincola la presenza in servizio dei dirigenti medici alle esigenze aziendali (2)</p> <p>-come giustamente scrive ANAAO e come previsto dall'art 4 dlgs 66/03 (3) il contratto di lavoro ha derogato per quanto riguarda il periodo di tempo nel quale calcolare la durata media dell'orario di lavoro, elevandola dai 4 mesi previsti dalla legge, a 6 mesi. I contratti collettivi di lavoro, infatti, possono <u>elevare</u> il limite previsto dalla legge <u>fino a sei mesi ovvero fino a dodici mesi a fronte di ragioni obiettive, tecniche o inerenti all'organizzazione del lavoro, specificate negli stessi contratti collettivi.</u> Quindi <u>l'Europa fissa dei limiti; il contratto collettivo li supera</u> e non se</p>

	comprende il vantaggio per i dirigenti posto che lo stesso contratto non si preoccupa neppure di specificarne le ragioni obiettive, tecniche o inerenti all'organizzazione del lavoro.
4° Critica CIMO “Consente che la pronta disponibilità possa essere utilizzata anche oltre gli attuali servizi notturno e festivo mantenendo un livello di sotto retribuzione della pronta disponibilità”.	
<p style="text-align: center;">Risposta</p> <p>- L'utilizzo diurno della P. D. non è stata introdotto da questo CCNL, bensì è stata sempre presente dal 1996 ad oggi. Rende inoltre pagabili le P. D. diurne, altrimenti non retribuibili.</p> <p>- In questo CCNL, in considerazione delle risorse non eccessive, si è fatta la scelta di concentrare le risorse sul disagio notturno lavorato.</p>	<p style="text-align: center;">Risposta</p> <p>- Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi (art. 17 ccnl 3.11.05 che ha altresì disapplicato l'art. 20 CCNL 5.12.1996 e l'art. 4 CCNL integrativo 2.7.1997): quindi, il ccnl del 1996 non c'entra proprio nulla e le PD diurne non sono (non erano, fin dal dpr 348/83) contrattualmente previste.</p>
5° Critica CIMO “Elimina il riposo di 11 ore consecutive qualora il dirigente medico sia chiamato in servizio di pronta disponibilità poiché la chiamata sospende (non interrompe) il riposo”.	
<p style="text-align: center;">Risposta</p> <p>Non è vero che il nuovo CCNL elimina il riposo di 11 ore consecutive, in caso di attività di lavoro in P. D.. È la Legge che in questo caso sospende il riposo di 11 ore. Le ore mancanti vengono recuperate subito dopo la conclusione dell'attività in P. D.. Il nuovo CCNL ha inoltre introdotto il principio che dopo una P. D. notturna, il dirigente può riprendere il servizio solamente nel pomeriggio successivo.</p>	<p style="text-align: center;">Risposta</p> <p>-L'affermazione CIMO è talmente vera che la stessa ANAAO dice di voler ricorrere in Europa per questa ragione.</p> <p>-ai sensi dell'art. 2 co. 2 d.lgs. 165/01 <i>“eventuali disposizioni di legge...”</i> <i>“possono essere derogate nelle materie affidate alla contrattazione collettiva (e l'orario di lavoro o la pronta disponibilità lo sono certamente) da successivi contratti o accordi collettivi nazionali e, per la parte derogata, non sono ulteriormente applicabili”.</i></p> <p>Per tale motivo, come sostenuto con forza da CIMO, la tornata contrattuale appena conclusa poteva essere una grande occasione per derogare alle <i>“storture”</i> introdotte per legge a danno della qualità e sicurezza delle cure.</p> <p>Non era solo CIMO a sostenerlo ma lo stesso atto di indirizzo del Comitato di Settore: <i>“Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dovrà contenere una chiara risposta alle materie che il D.lgs n.75/2017 attribuisce alla facoltà di deroga da parte del Contratto Collettivo Nazionale medesimo; questo al fine di sviluppare, anche in quest'ambito, il quadro di certezze per il governo e la gestione delle risorse umane</i></p>
6° Critica CIMO “Trasforma, da diritto a concessione, la fruizione di 15 giorni continuativi di ferie durante il periodo estivo”.	
<p style="text-align: center;">Risposta</p> <p>Non è assolutamente vero. Dal CCNL del 1996 i 15 gg. di ferie estive sono un diritto, salvo imprevise e importanti esigenze di servizio.</p>	<p style="text-align: center;">Risposta</p> <p>Art. 33 co. 9 bis: <i>“in relazione alle esigenze connesse all'incarico affidato alla sua responsabilità, al dirigente è consentito di norma la fruizione di 15 gg consecutivi di ferie...”</i>: questo è il diritto!</p>
7° Critica CIMO “Esclude che l'aspettativa per l'assunzione di altro incarico, durante il relativo periodo di prova, sia un diritto ma la rende una concessione dell'amministrazione”	

Risposta

-Critica fuorviante perché presenta come una condizione negativa una conquista del CCNL. Premesso che da sempre la Legge non ha mai previsto la concessione dell'aspettativa durante il periodo di prova per l'assunzione di altro incarico, tranne nei casi di assunzione di direttore di U. O. C. -Il nuovo CCNL ha introdotto la possibilità di avere l'aspettativa per il periodo di prova se precedentemente in servizio a tempo determinato presso un Ente del S. S. N.

Risposta

-L'art. 10 co. 8 lett. b) CCNL 10.2.2004, come integrato dall'art. 24 CCNL 3.11.2005 prevede che l'aspettativa **sia concessa** (tra l'altro) per l'assunzione di un incarico a tempo determinato (per tutta la sua durata). L'art. 12 del nuovo Contratto non fa più distinzioni sulla tipologia di concorso vinto ma afferma che **l'aspettativa "per la durata del periodo di prova" possa essere concessa**.

-L'affermazione ANAAO (la seconda del periodo) è falsa perché l'aspettativa può essere concessa "al dirigente già in servizio a tempo indeterminato" (non determinato) presso un'Azienda del SSN (art. 12 co. 10 Contratto)

-infine, il nuovo Contratto ha espressamente **abrogato** l'art 14 CCNL 8/06/2000 I biennio economico che recita(va) "è concessa aspettativa per motivi personali e senza retribuzione durante il periodo di prova ai sensi dell'art 19 CCNL 8/06/2000". Anche tale **diritto** non verrà più garantito ai dirigenti medici.

8° Critica CIMO

"Nella costituzione di fondi unici verticali per le categorie della dirigenza sanitaria cui si applica il contratto – non già armonizzati, secondo legge, ma unificati -, ammette che la retribuzione della dirigenza sanitaria non medica e della dirigenza infermieristica siano finanziate sostanzialmente con i fondi della dirigenza medica, stante la penuria delle loro dotazioni di provenienza".

Risposta

Non è assolutamente vero. Dai dati del Conto Annuale della Stato, pubblicati dal Ministero Economia e Finanze, risulta che la posizione fissa media pro capite dei medici risulta la più bassa, in alcuni casi anche in modo significativo, rispetto a quella dei veterinari, della dirigenza sanitaria e della dirigenza delle professioni infermieristiche. Per un semplice principio della aritmetica, saranno questi caso mai a finanziare la nostra retribuzione di posizione fissa

Risposta

Purtroppo o per fortuna a seconda dei punti di vista, la matematica non è un'opinione: di seguito allegata tabella cui si riferisce ANAAO...contano sì gli importi medi pro-capite, ma anche il numero di dirigenti totali...ognuno faccia le moltiplicazioni necessarie!!!

Valori medi pro-capite Fondi Area Sanità e PTA

	Unità	POSIZIONE
	N.	€ annui lordi
DIR. RUOLO AMMINISTRATIVO	2.289	24.661
DIR. RUOLO PROFESSIONALE	1.264	20.255
DIR. RUOLO TECNICO	992	16.460
DIRIG. SANITARI NON MEDICI	13.217	8.846
MEDICI	103.176	8.426
ODONTOIATRI	89	5.563
VETERINARI	5.239	10.100

9° Critica CIMO

"Prevede che la parte fissa della retribuzione di posizione, definita in valori identici per tutti i dirigenti dell'area, sia soggetta a cospicui squilibri tra i singoli dirigenti a seconda della categoria professionale di appartenenza e che il relativo finanziamento avvenga non già con il ricorso a nuove risorse ma attingendo a quelle già disponibili, svuotando in tal modo le risorse disponibili per finanziare gli elementi accessori della retribuzione".

Risposta

Questo non è vero in modo assoluto e comunque costituisce un vantaggio concreto per la dirigenza di questa area contrattuale. Il nuovo CCNL prevede che la contrattazione integrativa aziendale può decidere di traslare nel fondo di posizione fino al 30% del fondo di risultato unico. Inoltre, la

Risposta

La critica era relativa al fatto che la (odierna) parte fissa della retribuzione di posizione, uguale per tutti i dirigenti dell'area, generasse incrementi diversi a seconda della categoria di provenienza (perché non tutti i dirigenti dell'area avevano la stessa

<p>traslazione di parte del fondo di posizione variabile aziendale nella parte fissa determina significativi vantaggi previdenziali e un significativo incremento del TFS (trattamento di fine servizio).</p>	<p>provenienza e quindi la stessa parte fissa): questo è un dato vero, non falso.</p> <p>Il finanziamento di questa novità avviene con lo “<i>spostamento</i>” di risorse, dapprima dalla variabile alla fissa e, se non sufficienti, dal risultato alla posizione. Anche questa è una affermazione vera!</p> <p>E’ chiaro che la parte variabile della posizione ed il risultato – se “<i>spostati</i>” nella parte fissa – si svuotano: è un dato aritmetico! Nessuno ha negato che la parte fissa della posizione sia soggetta ad una previdenza più favorevole: la critica era rivolta al fatto che – omogeneizzando tutti i trattamenti - il merito non ha più risorse per essere finanziato. Quindi, tutti allineati verso il basso.</p>
---	---

(1) -modalità di riposo nelle ventiquattro ore, atte a garantire idonee condizioni di lavoro ed il pieno recupero delle energie psicofisiche dei dirigenti, nonché prevenire il rischio clinico;

- implicazioni derivanti dagli effetti delle innovazioni organizzative, tecnologiche e dei processi di esternalizzazione, disattivazione o riqualificazione e riconversione dei servizi, sulla qualità del lavoro, sulla professionalità e mobilità dei dirigenti;

- criteri generali sui tempi e modalità di applicazione delle norme relative alla tutela in materia di igiene, ambiente, sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro, con riferimento al d.lgs. n. 626 del 1994 15 e nei limiti stabiliti dall'accordo quadro relativo all'attuazione dello stesso decreto;

Abbiamo quindi perso materie importanti per la qualità e la sicurezza del nostro lavoro che garantiscono anche la qualità e la sicurezza delle cure erogate ai pazienti.

(2) -art. 27 comma 8: è stato introdotto da contratto il riposo spezzatino dopo la reperibilità notturna, permettendo “in casi eccezionali” addirittura il recupero delle ore lavorate entro i tre giorni successivi.

-art 24 comma 15: è stata introdotta la deroga alle 11 ore di riposo per la partecipazione a riunioni di lavoro e/o alla formazione aziendale che “*sospendono*” il riposo giornaliero permettendo “*per ragioni eccezionali*” di recuperare le ore di riposo non fruito entro 7 gg. Quindi se dopo una notte di guardia viene fissata riunione di reparto o formazione, si resta svegli anche per 16 ore continuative...tanto saranno poi recuperate.

(3) l’art. 4 (*Durata massima dell'orario di lavoro*) d.lgs. 66/03 (*Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro*) prevede espressamente che

1. I contratti collettivi di lavoro stabiliscono la durata massima settimanale dell'orario di lavoro.
2. La durata media dell'orario di lavoro non può in ogni caso superare, per ogni periodo di sette giorni, le quarantotto ore, comprese le ore di lavoro straordinario.
3. Ai fini della disposizione di cui al comma 2, la durata media dell'orario di lavoro deve essere calcolata con riferimento a un periodo non superiore a quattro mesi.