

VERBALE D'INTESA

Il giorno 18 febbraio 2010, presso gli Uffici della Sede centrale dell'Inail in P.le Pastore n. 6 - Roma - la Delegazione di parte pubblica e le Organizzazioni sindacali a livello nazionale si sono incontrate per la definizione dell'articolazione oraria applicabile ai dirigenti medici, in relazione all'adozione del nuovo sistema orari per le Strutture dell'Istituto a decorrere dall'anno 2010.

Le parti, preliminarmente concordano sulla necessità che l'orario di lavoro del personale medico debba trovare collocazione nell'ambito dell'articolazione oraria di ciascuna Struttura, come individuata in sede di Accordo locale, con particolare riferimento all'orario di servizio, alla fascia di presenza garantita e all'orario settimanale ivi definito.

In tale contesto, peraltro, le parti convengono sul pieno riconoscimento della peculiarità funzionale dei dirigenti medici, ai quali l'Istituto assegna un ruolo fondamentale nello svolgimento dei compiti di natura sanitaria cui l'Ente è istituzionalmente tenuto. Ruoli e compiti soggetti ad ulteriori implementazioni in relazione alla ridefinizione del ruolo sanitario dell'Istituto nell'ambito dello sviluppo in corso del Piano industriale 2009-2011.

Pertanto, la suddetta peculiarità deve necessariamente tradursi, sul piano organizzativo nella possibilità per i dirigenti medici di svolgere le funzioni organizzando il proprio tempo di lavoro in modo flessibile.

A tal fine, le parti confermano le seguenti modalità di attestazione della presenza in servizio dei dirigenti medici di cui al verbale d'intesa del 29 ottobre 1998:



- attestazione della presenza in servizio mediante unico passaggio del badge al terminale orologio all'inizio dell'attività lavorativa ordinaria;
- attestazione dell'uscita dal servizio, mediante passaggio del badge, solo nel caso di prestazioni di lavoro straordinario, ovvero ore eccedenti l'orario ordinario;
- identico obbligo di attestazione di ore di assenza effettuate a qualunque titolo, ivi compreso quelle per impegni lavorativi esterni connessi all'attività istituzionale, mediante passaggio del badge.

In tale contesto, considerato che l'orario ordinario di lavoro dei dirigenti medici a tempo pieno è di 38 ore settimanali e quello dei dirigenti medici a tempo definito è di 28 ore e 30 minuti, le parti concordano sull'osservanza del seguente sistema orari, da parte del predetto personale medico:

Fascia oraria mattutina

- una **fascia di presenza garantita**, dalle ore 9,00 alle 12,30, ovvero dalle 8,30 o 8,45, come definita dalla struttura di appartenenza in sede di contrattazione locale in relazione al servizio all'utenza;
- la medesima fascia di flessibilità in ingresso e, conseguentemente, in uscita – fissata in sede di contrattazione locale – fino all'inizio della **fascia di presenza garantita** della struttura, senza necessità di autorizzazione;
- una ulteriore possibilità di flessibilità fino alle ore 10,00 fruibile dai dirigenti medici di I livello, previa autorizzazione del dirigente medico di II livello, e dai dirigenti medici di II livello, previa comunicazione al dirigente responsabile della struttura interessata;
- un orario di uscita definito in connessione alla flessibilità in entrata, ferma restando la possibilità per il dirigente medico, nei casi di particolari esigenze personali, di anticipare il termine della

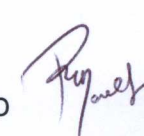
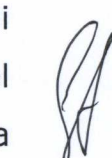
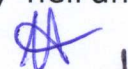
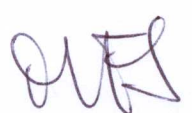
Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large scribble on the left, several distinct signatures in blue and black ink, and a signature on the right that appears to read 'F. Pucelli'.

prestazione lavorativa rispetto alle ore di lavoro giornaliero di spettanza, con attestazione mediante passaggio del badge, nel rispetto dei vincoli autorizzativi richiesti, nel caso in cui l'uscita intervenga nell'ambito della fascia di presenza garantita;

- una pausa mensa di durata da un minimo di 30 minuti ad un massimo di 2 ore.

Fascia oraria pomeridiana

- una **fascia di presenza garantita**, come stabilita in sede di contrattazione locale per la struttura (ore 11,00/12,30 - ovvero dalle 10,30 o 10,45 - e dalle ore 14,30/16,30);
- una fascia di flessibilità in ingresso dalle ore 10,00 fino all'inizio della **fascia di presenza garantita** di struttura, senza necessità di autorizzazione;
- una ulteriore possibilità di flessibilità in entrata fino alle ore 11,24, fruibile dai dirigenti medici di I livello, previa autorizzazione del dirigente medico di II livello, e dai dirigenti medici di II livello, previa comunicazione al dirigente responsabile della struttura interessata;
- un orario di uscita definito in connessione alla flessibilità in entrata, ferma restando la possibilità per il dirigente medico, nei casi di particolari esigenze personali, di anticipare il termine della prestazione lavorativa rispetto alle ore di lavoro giornaliero di spettanza, con attestazione mediante passaggio del badge, nel rispetto dei vincoli autorizzativi richiesti, nel caso in cui l'uscita intervenga nell'ambito della fascia di presenza garantita;
- una pausa mensa di durata prefissata di 30 minuti, nell'ambito dell'intervallo previsto dalla struttura di appartenenza.



Le parti convengono, altresì, che il personale medico dipendente può prestare ore di lavoro eccedenti il proprio orario ordinario - oltre le ore di straordinario autorizzate - alimentando un "pozzetto" da utilizzare primariamente per il recupero dei debiti orari.

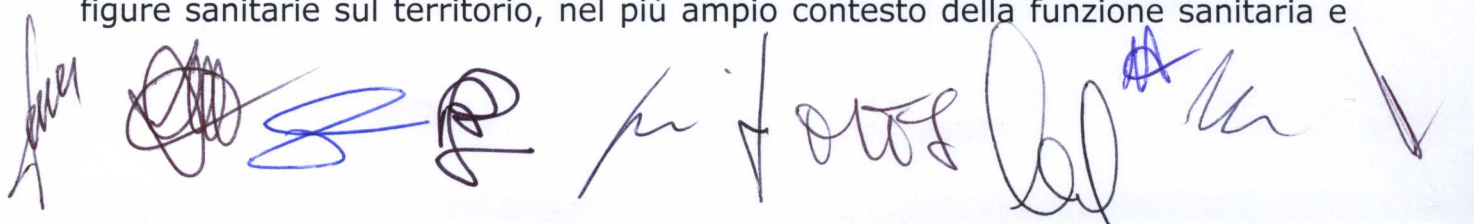
Il "pozzetto ore eccedenti" può contenere sino ad un massimo di n. 40 ore. Oltre tale limite, le ore eventualmente registrate non verranno conservate e saranno considerate come ore non lavorate nell'interesse dell'Amministrazione.

In ogni caso, il riconoscimento di ore eccedenti avverrà in automatico solo al superamento delle ore lavorative previste per ogni specifica giornata ed effettivamente prestate.

Il dirigente medico può scegliere di fruire delle ore contenute nel "pozzetto" con modalità anche ad intera giornata, previa autorizzazione rispettivamente del dirigente medico di II, per il dirigente medico di I livello, e del dirigente responsabile della Struttura, per il dirigente medico di II livello.

Alla data di entrata in vigore del nuovo "sistema orari", le ore eccedenti rilevate alla medesima data per ciascun medico confluiranno nel nuovo "pozzetto" fino alla concorrenza del tetto massimo di 40 ore. Le eventuali ore maturate che dovessero eccedere tale tetto saranno evidenziate a parte - senza possibilità di monetizzazione - e dovranno essere oggetto di un piano di smaltimento - da effettuare anche con modalità ad intera giornata - concordato secondo le definite competenze autorizzative e da completare entro il 31 dicembre 2010.

Infine, alla luce del rafforzamento della funzione sanitaria dell'Ente previsto nel Piano industriale/operativo 2010-2012, le parti concordano sulla necessità di ridiscutere, in una successiva sessione, in stretta correlazione con l'ulteriore fase di sviluppo del predetto Piano, il ruolo e le funzioni del medico e delle altre figure sanitarie sul territorio, nel più ampio contesto della funzione sanitaria e



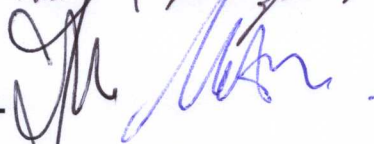
dell'organizzazione dei servizi all'utenza, in esito allo sviluppo progettuale del piano medesimo.

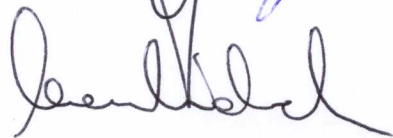
LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

CGIL Roberto Manca

CISL 

UIL Augusto Della Croce *Assessore Provinciale*


FIALP/CISAL 

RdB 

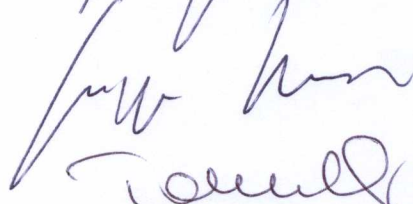
ANMI VERA NOTA A VERBALE

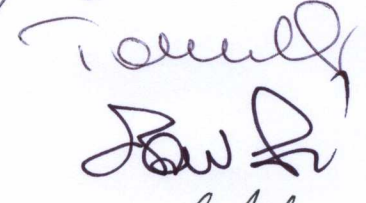
CIDA

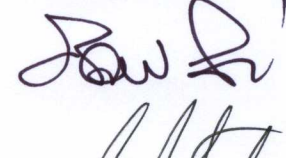
LA DELEGAZIONE















ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI INAIL

P.le G.Pastore n.6 Tel.5487.2131/2 Fax 5421.8064
Sito: www.anminail.it E.mail anmi@inail.it

NOTA A VERBALE

APPLICAZIONE DEL NUOVO “SISTEMA ORARI” AL PERSONALE MEDICO DELL’ISTITUTO

L’ANMI, in assoluta coerenza con le motivazioni espresse nella lettera al Direttore Generale f.f. del 9.11.2009, ritiene di non poter sottoscrivere il documento che viene presentato al tavolo.

Infatti a tutt’oggi tutte le motivazioni ivi chiaramente espresse mantengono la loro totale fondatezza, né le modifiche, pur sostanziali, introdotte rispetto all’iniziale documento di lavoro, hanno fatto decadere i principi di merito su cui si fonda la opposizione chiaramente esposta nel citato documento.

1 – nonostante l’ampia rimozione di riferimenti alla contrattazione delle aree, dall’ANMI ritenuta comunque assolutamente basilare, **il documento finale evidenzia tutti i suoi limiti, dovuti all’impianto originario, studiato e voluto dalle aree per il personale delle aree**; la paziente opera di adattamento operata non ha potuto togliere le connotazioni strutturali intrinseche di quel sistema orari, costruito attorno alla esigenze proprie della figura del personale delle aree. Un orario di lavoro deve essere strutturato attorno ai compiti e alle funzioni, non può accadere l’inverso, pena una costante difficoltà, fino alla impossibilità, di espletamento dell’incarico.

Una indiretta, ma non per questo meno palese, dimostrazione di quanto sosteniamo deriva dal fatto che, anche all’interno del “nuovo orario per il personale delle Aree” si è voluto distinguere il personale Ispettivo, le cui funzioni mai avrebbero potuto concretizzarsi all’interno di un costretto sistema di rilevazione delle presenze quale è quello per il rimanente personale.

2 - **Che i compiti e le funzioni del personale medico siano diversi dal quello delle Aree è, ci pare, del tutto palese**, richiedendo la attività medica non solo una apertura verso l’utenza esterna diversa (non l’assicurato, o il consulente del lavoro o l’operatore dell’ente di patronato, che vengono allo sportello), ma altre varie e diverse fattispecie, per le quali l’elenco non può essere che incompleto: l’assicurato grande invalido che si trova al proprio domicilio, il grave infortunato che si trova in ospedale, in reparto di cura o di riabilitazione; così situazioni le più varie: partecipazione ad autopsie, presenza alle consulenze tecniche per l’INAIL, reggenze ad interim, ecc....pensiamo in ultimo anche agli impegni connessi a quella parte di libera professione che è senza alcun dubbio significativa per lo stesso Istituto: la attività di sorveglianza sanitaria; pensiamo infine all’aggiornamento professionale obbligatorio e previsto anche contrattualmente. Ebbene tutto questo non può essere governato da un sistema certosino di calcoli intorno al completamento esatto della singola specifica giornata lavorativa o ad una pianificazione rigida dei tempi di utilizzo dei crediti a compensazione dei debiti (all’interno dei quali un

timbro in più o meno ormai poco rileva), pena appunto una castrazione della gestione, da parte di ogni singolo medico, dei propri impegni, certamente diversi in virtù del diverso incarico, ma sempre dotati di una autonomia che non è un eufemismo concettuale, ma una necessaria ed acquisita realtà.

3 – Il percorso che l'INAIL ha intrapreso, per il quale la conferma normativa è chiara ed ineludibile, porta l'Istituto verso un allargamento della funzione sanitaria, non solo come quantità di attività, ma anche come luoghi e modi di sviluppo delle diverse competenze, con una naturale e più ampia interazione con l'esterno. In tale nuovo assetto male calzano i burocraticismi che il sistema orari in questione ci offre. La nostra proposta pertanto è quella già presentata: la materia relativa a registrazione e distribuzione dell'orario di lavoro che il dirigente medico deve assicurare all'Istituto deve scaturire da un **riesame ampio e dettagliato di tutte le questioni** attinenti le modalità di esercizio della professione medica all'interno dell'Ente; necessita un piano di lavoro che si concentri e si concluda con la firma di un **contratto integrativo di ente**, specifico per la categoria dei Dirigenti medici. Solo un orario costruito **attorno** alle competenze e alle funzioni del Dirigente Medico (e non viceversa) può portare alla realizzazione delle potenzialità di ogni Dirigente Medico. Per questo, nonostante una nostra iniziale attenzione, e relativa segnalazione, dei più rilevanti scostamenti del primitivo documento rispetto all'accordo del 1998 e rispetto alla specificità medica, abbiamo maturato il convincimento che il contratto integrativo di ente non è solo un corretto obiettivo concettuale, ma l'obbligato passaggio per evitare una inutile e dannosa mortificazione del personale medico

4 - **Il rinnovo contrattuale è solo nella sua fase inicialissima e nulla nel frattempo è cambiato. Nulla autorizzava una rimozione così drastica ed arbitraria di un accordo che tutti (Amministrazione e sigle sindacali) avevano con tanta soddisfazione condiviso.**

Attendere la scadenza contrattuale e successivamente procedere con un CCIE anche per i medici non poteva che portare, per quanto abbiamo detto sopra, un esito positivo e condiviso. **Non ci si dica che questo documento rispetta sostanzialmente l'accordo del 1998: non ci si dica che è stato salvaguardata la specificità funzionale dei medici.** Avremo necessariamente dei dirigenti medici un po' meno dirigenti, un po' meno medici, un po' di più burocrati: l'ANMI non vuole e non voleva questo, non possiamo pensare che l'INAIL voglia veramente questo.

Giuseppina Salatin

Segretario Nazionale ANMI

Roma, 18.02.2010