

CIRCOLARE INFORMATIVA

2 marzo 2012

MEMORANDUM PER LA TRATTATIVA DECENTRATA: ORARIO DI LAVORO

a cura di

Mario Lavecchia, *Vice Segretario Nazionale Vicario*

Carlo Palermo, *Coordinatore Conferenza Permanente dei Segretari delle Regioni e Province Autonome*

PREMESSA

L'organizzazione del lavoro rientra certamente, sotto il profilo delle relazioni sindacali, tra gli argomenti più controversi e oggetto di numerosi contenziosi legali che invece potrebbero risolversi con una adeguata ed informata trattativa decentrata, sia regionale che aziendale.

Riteniamo pertanto utile fornire ai Colleghi delle note sintetiche per meglio affrontare il confronto sindacale. In particolare, saranno affrontati i seguenti argomenti:

1. L'ORARIO DI LAVORO GIORNALIERO E SETTIMANALE
2. IL SERVIZIO DI GUARDIA
3. IL RIPOSO GIORNALIERO
4. L'ORARIO STRAORDINARIO
5. I RAPPORTI TRA IL DEBITO ORARIO, LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E LA PRODUTTIVITA' AGGIUNTIVA
6. LA PRONTA DISPONIBILITÀ

1. L'ORARIO DI LAVORO GIORNALIERO E SETTIMANALE

Per "orario di lavoro" si intende qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia contemporaneamente al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni (D.Lgs 66/2003, art 1 co. 2). Il termine "orario" non è pertanto riferito all'ora come unità di misura ma vuole indicare il periodo di lavoro in alternanza con il periodo di riposo, così come definito dalla direttiva europea 88/2003/CE.

L'orario di lavoro dei dirigenti medici e sanitari, salvo quanto espressamente previsto per i responsabili di struttura complessa (vedi sotto), è contrattualmente stabilito in 38 ore settimanali (art.14 co. 2, CCNL 2002/2005).

Per "orario di servizio" si intende il periodo di tempo necessario per assicurare l'ottimale funzionamento delle strutture dell'Azienda nonché l'erogazione dei servizi all'utenza. L'art.14 co. 1 del CCNL 2002/2005 prevede che nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda i dirigenti medici e sanitari assicurino la propria presenza in servizio ed il proprio tempo di lavoro articolarlo in modo flessibile il proprio impegno per correlarlo alle esigenze organizzative ed assistenziali della struttura cui sono preposti, all'espletamento dell'incarico affidato, agli obiettivi assegnati, ai programmi da realizzare. L'articolazione dell'orario è effettuata attraverso il piano di lavoro.

Il debito orario contrattualmente previsto, ai fini amministrativi, è per convenzione quantificato su base settimanale e si determina moltiplicando i giorni lavorativi per 6 ore e 20 minuti o per 7 ore e 36 minuti a seconda che le attività di servizio siano articolate rispettivamente su 6 (in genere i servizi assistenziali a ciclo continuo) o 5 giorni a settimana (servizi chiusi il sabato e la domenica).

L'orario "normale" si contrappone all'orario "straordinario" che, in base ad opzione individuale, può essere recuperato con riposi compensativi o retribuito con valori maggiorati.

Per "orario massimo", giornaliero o settimanale, si intende il limite oltre il quale non è consentito lo svolgimento delle prestazioni lavorative al fine di garantire i principi di tutela dell'integrità psico-fisica del lavoratore sanciti nelle direttive europee e nel D.Lgs 66/2003 (art. 7).

La durata massima dell'orario giornaliero si ricava per differenza tenendo conto della durata del riposo giornaliero così come definito dalla legislazione vigente e dalla contrattazione collettiva (24 ore – 11 ore di riposo obbligatorio = 13 ore).

La durata massima settimanale dell'orario di lavoro (art.4, D.Lgs 66/2003), comprensivo delle eventuali ore di straordinario e di quelle svolte per garantire le attività aggiuntive è di 48 ore (38 ore di orario normale + 10 di straordinario); tale limite non deve essere superato, come media, in un arco di temporale la cui quantificazione è definita dalla normativa in vigore e dai contratti di lavoro (minimo 4 mesi).

Nello svolgimento dell'orario di lavoro previsto per i dirigenti medici, 34 ore dell'orario settimanale suddetto sono destinate ad attività assistenziali e 4 ore sono destinate ad attività non assistenziali (Art. 14 co. 4, CCNL 2002/2005).

Il concetto di articolazione flessibile dell'orario di lavoro (art. 14 co.1, CCNL 2002/2005) potrebbe rappresentare un elemento di "confusione" rispetto alle ore eccedenti per straordinario e va presidiato attentamente. L'eventuale flessibilità deve essere prevista nella programmazione dell'orario di lavoro o scaturire da particolari esigenze assistenziali, fermo restando che comunque l'orario di lavoro, in forza della flessibilità oraria di cui sopra, non superi nell' arco di un tempo definito (4 mesi come minimo) il limite del debito orario contrattuale settimanale (38 ore).

Nella contrattazione aziendale si consiglia, pertanto, di definire le modalità di utilizzo della flessibilità oraria, i tempi di compensazione e/o le modalità di recupero, oltre che l'individuazione delle responsabilità della programmazione oraria nelle singole strutture ed una eventuale commissione bilaterale di verifica a livello aziendale.

In particolare deve essere prestata attenzione alla corretta programmazione dell'orario destinato alle attività non assistenziali che, se non utilizzato per le finalità contrattualmente previste (aggiornamento, didattica, ricerca), deve essere comunque garantito per attività di servizio.

L'orario di lavoro dei dirigenti medici con incarico di direzione di struttura complessa non è contrattualmente quantizzato in termini di ore ma si applica quanto concordato in sede di stipulazione del contratto individuale.

La normativa contrattuale vigente prevede che nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda i dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa assicurino la propria presenza in servizio per garantire il normale funzionamento della struttura cui sono preposti ed organizzino il proprio tempo di lavoro articolandolo in modo flessibile per correlarlo a quello degli altri dirigenti, per l'espletamento dell'incarico affidato in relazione agli obiettivi e programmi annuali da realizzare nonché per lo svolgimento delle attività di formazione, aggiornamento, didattica e ricerca (art. 15, CCNL 2002/2005).

2. IL SERVIZIO DI GUARDIA

Nelle ore notturne (nel CCNL viene individuata la fascia oraria dalle 20,00 alle 8,00) e nei giorni festivi, la continuità assistenziale e le emergenze-urgenze dei servizi ospedalieri sono assicurate con il ricorso al servizio di guardia medica (art. 16 CCNL 2002/2005). secondo quanto previsto dallo specifico protocollo da adottare in ambito aziendale con le procedure di cui all'art. 6, comma 1 lett. B) del CCNL 2002/2005 e nel rispetto del piano annuale definito in accordo con le O.O.SS. rappresentative dell'Area della Dirigenza Medica e Sanitaria.

La continuità assistenziale è garantita mediante:

- a) il dipartimento di emergenza, se istituito, eventualmente integrato, ove necessario da altri servizi di guardia o di pronta disponibilità;
- b) la guardia medica di unità operativa o tra unità operative appartenenti ad aree funzionali omogenee e dei servizi speciali di diagnosi e cura;
- c) la guardia medica nei servizi territoriali ove previsto.

Per quanto attiene le tipologie assistenziali minime nelle quali dovrebbe essere prevista la guardia medica di unità operativa si fa riferimento all'Allegato 2 del CCNL 2002/2005. Utile riferimento è anche l'atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida sul Sistema Emergenza Sanitaria in applicazione del DPR 27 marzo 1992 (G. U. 114, 17 maggio 1996).

Il servizio di guardia è svolto di norma all'interno del normale orario di lavoro; eccezionalmente può essere svolto anche fuori dell'orario di lavoro e può essere assicurato con il ricorso al lavoro straordinario.

Gli accordi aziendali dovranno garantire la preventiva definizione della quota di orario straordinario da assegnare alle singole strutture organizzative in sede di contrattazione di budget e la quantificazione delle risorse economiche, contrattuali ed eventualmente extracontrattuali, necessarie alla loro retribuzione.

Laddove il servizio di guardia notturna rientri fra le attività aggiuntive richieste dall'Azienda ai propri dirigenti, il tetto massimo delle guardie retribuibili alla stregua di attività libero professionali è pari al 12% delle guardie notturne complessivamente attivate in ambito aziendale alla data del 31 dicembre dell'anno precedente (art. 18, CCNL 2002/2005). La tariffa per ogni turno di guardia notturna che rientri nella suddetta tipologia è fissata in 480€ lordi.

3. IL RIPOSO GIORNALIERO

Le Aziende sanitarie nella trattativa possono richiamare la Legge 133/2008 (art. 41 comma 13) che, per la dirigenza del SSN, ha sospeso l'applicabilità degli artt. 4 e 7 del D.lgs 66/2003 (concernenti rispettivamente la durata massima dell'orario settimanale medio di 48 ore ed il periodo minimo di riposo continuativo di 11 ore ogni 24), rimandando al CCNL la definizione delle modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche.

E' da sottolineare come secondo autorevoli giuslavoristi (Leccese, Allamprese), l'art. 41 comma 13 della Legge 133/2008 contrasti con la disciplina comunitaria ed in un ipotetico giudizio dovrebbe essere disapplicato dal giudice nazionale se interpretato nel senso di sottrarre dall'applicazione della norma di tutela anche i rapporti di lavoro tra aziende del SSN e prestatori di lavoro che, ancorché formalmente qualificati come dirigenti, non hanno alcun potere di autodeterminazione della durata della propria prestazione. Infatti, la normativa comunitaria (direttiva 88/2003/CE) consente, all'articolo 17, di derogare all'applicazione delle sue disposizioni, ove si tratti, in particolare, di *"dirigenti o altre persone aventi potere di decisione autonomo"*. Va, però, rilevato che i medici e i dirigenti sanitari italiani non possono rientrare nell'ambito applicativo dell'articolo 17 della direttiva, in quanto si tratta di professionisti "contrattualizzati", la cui autonomia si riduce a quella medico-curativa, prettamente attinente alla tutela del diritto alla salute e non all'organizzazione dell'orario di lavoro.

In ogni caso è possibile ricorrere all'art. 7 del CCNL 2006/2009. Ricordando che l'abrogazione del citato art. 7 del D.Lgs 66/2003, relativamente al diritto del lavoratore a godere di undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore, interessa solo in parte il personale sanitario poiché l'attività in molti casi è già organizzata, per norma contrattuale, in turni (8-20 e 20-8) e pertanto ordinariamente viene fruito nelle 24 ore un riposo di 11 o più ore, se si escludono i problemi legati alla reperibilità ed ovviamente quelli derivanti da grossolane carenze di organico.

L'art. 7 del CCNL 2006/2009 (Disposizioni particolari in materia di riposo giornaliero) ha definito, al comma 1, le modalità per garantire ai dirigenti una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche, riaffermando, nei fatti, il diritto al riposo anche se viene rimandato al livello della contrattazione aziendale la definizione della lunghezza minima, mentre ai commi 2 e 3 definisce il concetto di sua adeguatezza ovvero di giusto rapporto fra riposo, tutela dell'integrità psico-fisica del dirigente medico e sanitario e tutela degli utenti in termini di qualità e sicurezza delle cure.

E' pertanto compito del confronto regionale e della contrattazione integrativa aziendale dare concretezza e attuabilità ai criteri che individuano, ai sensi dell'art. 7, co. 1, 2 e 3, del CCNL 2006/2009 la misura del riposo adeguato a garantire l'effettiva interruzione tra la fine della prestazione lavorativa e l'inizio della successiva.

Gli obiettivi che vanno perseguiti sono:

- prevedere almeno 11 ore continuative come misura minima del riposo adeguato;
- limitare la possibilità di turni notturni consecutivi;
- deroghe sono possibili nell'ambito del complessivo accordo sull'orario di lavoro a condizione che ai dirigenti medici e sanitari siano concessi, immediatamente prima del turno successivo, equivalenti periodi di riposo compensativo costituiti da un numero di ore consecutive corrispondenti alla riduzione praticata, che si aggiungono al riposo ordinario, limitando la casistica ai soli casi di transitorie carenze di organico e/o al solo fine di garantire la continuità assistenziale in casi eccezionali e non preventivabili;
- la durata media del lavoro notturno è di 8 ore come limite massimo nelle 24 ore, partendo dal momento di entrata in servizio e considerando il successivo periodo di riposo;
- la durata media dell'orario di lavoro settimanale, compreso lo straordinario, non deve superare le 48 ore in un periodo di 4 mesi o superiore in base alla contrattazione.

4. L'ORARIO STRAORDINARIO

La nozione stessa di orario straordinario conferma che le 38 ore settimanali costituiscono il limite di orario normale e non l'obbligo minimo: non potrebbe esistere orario straordinario in assenza di un orario normale formalmente stabilito ed individuato.

Ciò premesso, l'orario straordinario ha dei vincoli ben precisi contenuti nelle leggi vigenti e nei vari CCNL che sinteticamente riportiamo:

- non può essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro; le relative prestazioni hanno carattere eccezionale e devono rispondere ad effettive esigenze di servizio (art. 28, Contratto integrativo 10/2/2004);
Le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite ai soli dirigenti non responsabili di struttura complessa per i servizi di guardia notturna e festiva, di pronta disponibilità nonché per altre attività non programmabili, aventi carattere di urgenza e al solo fine di assicurare la continuità assistenziale; tali prestazioni devono essere tempestivamente autorizzate (CCNL integrativo 2006/2009, art. 16 comma 4); può essere retribuito come straordinario, anche senza specifica autorizzazione, il servizio prestato nei giorni festivi infrasettimanali, (art. 6, comma 1, CCNL integrativo 10.02.2004)
- il lavoro straordinario deve essere computato a parte e compensato con le maggiorazioni retributive previste dai CCNL;
- le ore di lavoro straordinarie possono essere compensate, a domanda del dirigente, con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, di regola entro il mese successivo. Tale termine può essere prolungato in trattativa decentrata;

- la normativa europea prevede che le ore di straordinario non superino le 250 ore annue, salvo casi di forza maggiore o casi in cui la mancata esecuzione di prestazioni di lavoro straordinario possa dare luogo a un pericolo grave e immediato (Art. 5, D.lgs 66/2003).

5. I RAPPORTI TRA IL DEBITO ORARIO, LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO E LA PRODUTTIVITA' AGGIUNTIVA

Le Aziende spesso richiamano due disposizioni per giustificare un superamento dell'orario contrattuale di 38 ore settimanali. La prima è l'art. 65, co. 3, contenuto nel CCNL 1994-1997, che prevede: *“Nel passaggio al nuovo sistema di retribuzione per risultato dovranno, comunque, essere garantiti i livelli organizzativi, assistenziali e di produttività ottenuti con l'applicazione dell'istituto di incentivazione sub 1 di cui all'art. 123 del D.P.R. 384/1990, lett. a). La retribuzione di risultato compensa anche l'eventuale superamento dell'orario di lavoro di cui agli artt. 17 e 18 per il raggiungimento dell'obiettivo assegnato”.*

La seconda è una previsione del D.Lgs 229/1999 (art. 15, co. 3): *“Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare, e alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito”.*

Nel **primo caso** il riferimento è palesemente alla fase di passaggio tra le cosiddette “incentivazioni” e la retribuzione per obiettivi, al fine di garantire, anche superando l'orario ordinario, i livelli organizzativi, assistenziali e di produttività precedentemente raggiunti. Fase questa ultima superata dalle successive contrattazioni.

Nel **secondo caso** l'attenzione dovrebbe essere posta sulle procedure di budget e sugli obiettivi concordati in base alle risorse disponibili.

In sostanza, gli obiettivi di budget devono essere formalmente negoziati, accettati e corrispondere ad una corretta e preventiva discussione/accordo sui volumi prestazionali, intesi in senso quali/quantitativo, che devono obbligatoriamente essere correlati alle risorse effettivamente messe a disposizione (art. 65 co. 4, 5, 6 CCNL 1994/1997; art 14 co.1 CCNL 2002/2005). Il raggiungimento degli obiettivi, inoltre, deve essere verificato trimestralmente (art. 14 co. 3, CCNL 2002/2005). Solo in questo contesto si può arrivare a definire un ragionevole rapporto tra orario normale ed orario aggiuntivo, che va previsto esclusivamente per raggiungere gli obiettivi di budget eccedenti quelli concordati con la contrattazione ordinaria (art. 14, co.1, CCNL 2002/2005) . Ciò che bisogna evitare è quella sorta di “forfetizzazione” delle ore eccedenti che le Aziende tentano di mettere in campo attraverso l'interpretazione della retribuzione di risultato suddetta.

Esemplari in merito appaiono i concetti espressi dal Giudice del Lavoro di Legnano Dr. Giorgio Mariani in una recente sentenza: *“Tale soluzione avrebbe il sapore non solo di un esplicito avallo dello sfruttamento del lavoro dei dirigenti oltre ogni ragionevolezza, ma anche la indefinita possibilità delle Aziende ospedaliere di risparmiare sulla qualità del servizio medico, consentendo irrazionali riduzioni di organico”..... “Se la cosiddetta retribuzione di risultato va a compensare l'impegno del medico volto a raggiungere obiettivi di qualità della prestazione e del servizio e corrisponde, cioè, all'apporto del dirigente in termini di produttività o redditività della sua prestazione, essa non può mai costituire una mera forfetizzazione del lavoro straordinario per le esigenze di ordinario funzionamento di tutti i servizi aperti normalmente presso un Ospedale”.*

Le Aziende, pertanto, in sede di contrattazione di budget, possono anche richiedere degli obiettivi prestazionali eccedenti, rispetto a quelli ordinari, e comportanti lo svolgimento di un orario aggiuntivo (art. 14 co.1, CCNL 2002/2005). L'impegno di servizio necessario per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti è negoziato *ex ante* con le procedure e per gli effetti dell'art. 65,

comma 6 del CCNL 1994/1997, prevedendo un ulteriore incentivo economico rispetto alla retribuzione di risultato ordinaria. In tale ambito vengono individuati anche gli strumenti orientati a ridurre le liste di attesa. Per quest'ultimo fine, la direzione generale, sulla base delle linee di indirizzo regionali, può concordare con l'équipe interessata l'applicazione dell'istituto previsto dall'art. 55, co. 2 del CCNL 1998/2001 (libera professione in favore dell'Azienda). La misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è di € 60,00 lordi (art. 14 co.6, CCNL 2002/2005).

In definitiva, 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 eccedenti concordati e non divenire obiettivo esso stesso.

6. PRONTA DISPONIBILITÀ

Il servizio di pronta disponibilità è caratterizzato dalla immediata reperibilità del dirigente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere il presidio ospedaliero nel tempo stabilito secondo le procedure dell'art. 6 co. 1, lett.B) del CCNL 2002/2005, nel rispetto di quanto previsto dal protocollo adottato in ambito aziendale per la gestione della continuità assistenziale e dell'emergenza-urgenza in relazione alla dotazione organica ed agli aspetti organizzativi delle strutture (art. 17, CCNL 2002/2005).

Il servizio di pronta disponibilità è di norma limitato ai soli periodi notturni e festivi, può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia ed è organizzato utilizzando dirigenti medici e sanitari appartenenti alla medesima disciplina.

Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa.

Il servizio di pronta disponibilità integrativo dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i dirigenti, compresi quelli di struttura complessa che sono invece esclusi dal servizio di pronta disponibilità sostitutiva.

Il servizio di pronta disponibilità ha durata di dodici ore; due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo per le giornate festive.

Di regola non potranno essere previste per ciascun dirigente più di dieci turni di pronta disponibilità nel mese.

La pronta disponibilità dà diritto ad una indennità per ogni dodici ore; qualora il turno sia articolato in orari di minore durata e comunque non inferiore alle quattro ore, l'indennità è corrisposta proporzionalmente alla durata stessa, maggiorata del 10%.

In caso di chiamata in servizio, l'attività prestata, a richiesta del dirigente interessato, può essere retribuita come lavoro straordinario o compensata come recupero orario.

Nel caso in cui la pronta disponibilità cada in un giorno festivo al dirigente interessato spetta un giorno di riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale.

Ai compensi di cui al presente articolo si provvede con il fondo previsto dalle norme contrattuali (fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro), eventualmente integrato da risorse espressamente dedicate derivanti dal bilancio aziendale, a condizione che le attività da retribuire siano previste dal piano annuale per la continuità assistenziale e l'emergenza-urgenza concordato fra la direzione aziendale e le OO.SS. rappresentative della dirigenza medica e sanitaria che individua le strutture organizzative per le quali sia opportuno prevedere il servizio di pronta disponibilità, ne specifica la tipologia e definisce la fascia oraria e la durata del servizio.

Tabella	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO - AREA DELLA DIRIGENZA MEDICA									
Anno 2012	Modalità di calcolo del debito orario annuale contrattuale									
Giorni Lavorativi 303	Debito orario 1919.00 ore		Assenze retribuite		Attività non assistenziali				Funzioni dirigenziali	Attività assistenziali
	DIRIGENTI	Anzianità di servizio	Ferie	Riposo biologico	Facoltativo		Obbligatorio			
					Permessi retribuiti	Riserva oraria	Esterno	Interno		
Dirigente Medico	> 3 anni	Giorni	36		8					
		Ore	228.00		50.40	184.00				1456.20
	< 3 Anni	Giorni	34		8					
		Ore	215.20		50.40	184.00				1469.00
Dirigente Anestesista	> 3 anni	Giorni	36	7	8					
		Ore	228.00	44.20	50.40	180.00				1416.00
	< 3 anni	Giorni	34	7	8					
		Ore	215.20	44.20	50.40	180.00				1428.40
Dirigente Radiologo	> 3 anni	Giorni	36	13	8					
		Ore	228.00	82.20	50.40	176.00				1382.00
	< 3 anni	Giorni	34	13	8					
		Ore	215.20	82.20	50.40	176.00				1399.40

NOTE ESPLICATIVE IN MERITO ALLE MODALITÀ DI CALCOLO DEL DEBITO ORARIO ANNUALE CONTRATTUALE

Sia l'orario settimanale che quello giornaliero devono essere intesi come valori di riferimento per il calcolo del debito orario contrattuale annuale di ciascun dirigente; inoltre, il debito orario giornaliero contrattualmente definito, rappresenta il valore orario che viene "automaticamente" imputato per ogni giorno di "assenza retribuita". In conseguenza di quanto sopra ogni giorno di assenza comunque motivato, è valutato, a seconda dell'articolazione prevista, in 6 ore e 20 minuti (6 giorni lavorativi/settimana) o in 7 ore e 36 minuti (5 giorni lavorativi/settimana).

I giorni di ferie annualmente previsti dalla normativa contrattuale variano da 32 a 30 a seconda dell'anzianità di servizio, rispettivamente superiore o inferiore ai 3 anni, e dell'articolazione settimanale dell'orario di lavoro della struttura organizzativa di appartenenza su 6 o 5 giorni, rispettivamente 32 e 28 giorni.

La tabella prevede solo le attività di servizio articolate su 6 giorni/settimana; nel caso dell'articolazione dell'orario di servizio su 5 giorni/settimana il debito orario contrattuale annuale resta invariato, modificandosi solo i giorni totali dell'anno su cui esso va "distribuito".

Ai giorni di ferie si aggiungono, per tutti i dirigenti medici e sanitari, indipendentemente dall'anzianità di servizio individuale e dall'organizzazione settimanale dell'orario di lavoro della struttura di appartenenza, i 4 giorni contrattualmente previsti per il recupero delle festività sopresse.

Il periodo di riposo obbligatorio previsto dalla normativa contrattuale per i dirigenti medici anestesisti e radiologi esposti al rischio biologico è quantificato rispettivamente in 8 e 15 giorni consecutivi, comprensivi di eventuali domeniche o altre festività infrasettimanali, da usufruire in un'unica soluzione annuale; ai fini della effettiva quantificazione oraria i giorni suddetti risultano pertanto essere rispettivamente 7 e 13.

Il periodo di assenze retribuite contrattualmente previsto per formazione, concorsi ed esami, è quantificato in massimo 8 giorni/anno per tutti i dirigenti medici e sanitari a differenza della riserva oraria destinata alle attività non assistenziali connesse con le funzioni dirigenziali che è quantificata in rapporto alle settimane di effettivo servizio (46 per i dirigenti medici e sanitari, 45 per i dirigenti anestesisti e 44 per i dirigenti radiologi, eventualmente ridotte in proporzione alle settimane di ulteriore assenza per altre causali).

In conseguenza di quanto sopra il cumulo orario annuale destinato alle attività non assistenziali è quantificato in 184 ore per i dirigenti medici e sanitari, 180 per i dirigenti anestesisti, 176 per i dirigenti radiologi; laddove le ore suddette non fossero integralmente utilizzate per le finalità contrattualmente previste e/o per quanto definito dal regolamento aziendale per l'organizzazione del lavoro devono comunque essere garantite nell'ambito dell'orario di servizio complessivo dei singoli dirigenti.

La riserva oraria di cui sopra può essere ulteriormente ridotta, fino a un massimo di 26 ulteriori ore annue per garantire la riduzione delle liste di attesa ovvero per il perseguimento di obiettivi assistenziali; l'orario suddetto deve essere formalmente richiesto dalla direzione aziendale in sede di discussione di budget.