

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ROMA N.11/2006

INDAGINE NAZIONALE ANAAO ASSOMED SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL CCNL 2002-2005

IN PESANTE RITARDO L'APPLICAZIONE DEL CONTRATTO

Il contratto della dirigenza medica è stato applicato solo parzialmente, nonostante sia scaduto a dicembre 2005. A livello nazionale, nel 44,27% delle aziende non è stata attuata almeno una delle disposizioni contrattuali fondamentali non soggette a contrattazione integrativa. E a livello regionale il quadro peggiora nelle Regioni del Sud dove l'inadempienza è superiore al valore medio nazionale e raggiunge il 62,22%. Nell'87,50% delle aziende dove sono presenti "gravi inadempienze" queste riguardano almeno il mancato riconoscimento economico dell'esperienza professionale maturata con l'anzianità di servizio e attestata dalla positività delle verifiche professionali già effettuate.

Nel 13,83% delle strutture sanitarie non sono stati pagati in parte o in toto gli arretrati malgrado la gran parte di questi prevedano un'attuazione automatica. E ancora, in circa il 65% delle aziende non sono sta-

te ancora applicate una o più disposizioni contrattuali nazionali fondamentali sancite dal Ccnl 2° biennio economico 2004-2005, malgrado siano passati undici mesi dalla loro entrata in vigore.

Sono questi i risultati dell'indagine nazionale sullo stato di attuazione del contratto 2002-2005 dei medici realizzata da Giuseppe Montante, vicesegretario nazionale dell'Anaao Assomed.

La ricerca non solo ha fotografato l'applicazione delle norme nazionali e regionali, ma ha anche monitorato lo stato dell'arte della contrattazione integrativa. Che presenta forti ritardi e criticità significative: la contrattazione aziendale non è ancora iniziata nel 34,78% delle aziende italiane, e nel 60% di quelle del Sud. E se la trattativa aziendale si è già conclusa nel 31,10% delle aziende, nella macroregione delle isole solo il 5,26% delle aziende si è comportato in maniera virtuosa.

“L'elevato numero di informazioni acquisite dall'indagine – ha sottolineato Montante – la sua elevata attendibilità, la trasparenza dei dati prodotti e la loro facile verificabilità e la rigore nella valutazione di questi e nella metodologia utilizzate, permette di considerare i risultati generali dell'indagine una fotografia molto attendibile, almeno sul piano delle tendenze percentuali, dello stato di attuazione del Ccnl già scaduto da 21 mesi. Risulta chiaro ed evidente, anche agli scettici, che attualmente è presente in Italia una forte patologia acuta del “sistema delle relazioni sindacali” che nella realtà quotidiana è sempre più ignorato o stravolto dalle aziende e, ultimamente in modo crescente, anche dalle Regioni”. E il risultato di questa “patologia” è solo uno: il pesante ritardo, se non addirittura la vanificazione in parte o in toto, nell'applicazione dei “patti contrattuali”.

GLI STUDI INTERNAZIONALI ED EUROPEI SUL RAPPORTO TRA SALUTE E SVILUPPO ECONOMICO

La salute come motore di crescita economica

Governare la spesa sanitaria è sicuramente indispensabile, in quanto non mancano fenomeni di inefficienza e di spreco. Ma è anche vero che spendere per l'assistenza sanitaria è un investimento: non solo produce cure per la popolazione, ma benessere economico per il Paese. Ecco perché un recente Rapporto della Commissione europea (*The contribution of health to the economy in the European Union, European Communities, 2005*) ha sollecitato i Paesi membri a considerare gli “investimenti in salute” come un

motore di crescita economica.

Aldo Piperno, dell'Università Federico II di Napoli ha raccolto in questo numero di *Dirigenza Medica*, i principali studi scientifici che dimostrano la stretta interazione tra salute e sviluppo economico. Da uno studio americano è emerso, infatti, che uno stato di cattiva salute ha prodotto negli Stati Uniti una perdita del 6,2% dei redditi totali. E la perdita di produttività per cattiva salute è stata stimata in Inghilterra pari a 20 miliardi di sterline, a circa 3 in Belgio, a circa 31 in Germania e a 4 in Olanda.

Studi effettuati in Irlanda, Svezia, Germania, Olanda, hanno stimato che lo stato di cattiva salute produce un decremento nel tasso di partecipazione al lavoro in un range di percentuali che arrivano fino al 61% per gli uomini e al 52% per le donne. E ancora, la cattiva salute viene indicata, a parità di altre circostanze, come fattore di pensionamento anticipato.

Uno studio del 2004, condotto da D.T. Jamison e J. Wang in 50 Paesi ha rilevato che i miglioramenti dello stato di salute, misurato come tasso di sopravvivenza,

hanno prodotto oltre 1/10 dello sviluppo economico nel periodo 1965-1990. Pur nella diversità esistente negli studi di letteratura il risultato consolidato e generalizzato è che la salute ha un effetto quantitativo positivo sull'economia. Insomma, come ha sottolineato la Commissione europea, investire in salute e in assistenza sanitaria, “non è una spesa a perdere, ma un progetto di sviluppo che ha un ritorno e come tale deve essere comparato con altri progetti di investimento pubblico o privato”.

INDAGINE NAZIONALE ANAAO ASSOMED SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL CCNL DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA

In forte ritardo l'applicazione del contratto 2002-2005

Indagine condotta e realizzata da **Giuseppe Montante**, Vice segretario Nazionale Anaa Assomed
(Ha collaborato all'elaborazione dei dati Paola Carnevale)

Il rinnovo del Contratto collettivo nazionale è sempre stato nel Pubblico Impiego una delle tappe fondamentali ma difficili del rapporto fra le organizzazioni sindacali e parte pubblica.

Per questi motivi, nel lungo processo di ammodernamento di tale settore, sono state introdotte norme e procedure, di cui alcune di tipo privatistico, miranti a:

- rendere meno conflittuale ed equilibrato il confronto fra le parti ed a tutelare i diritti fondamentali delle stesse;
- favorire la crescita dell'efficienza ed efficacia del lavoro dei dipendenti pubblici.

Questo processo di ammodernamento ha raggiunto la sua massima espressione negli ultimi anni soprattutto nelle Aziende sanitarie pubbliche e nei contratti della Dirigenza medica e veterinaria.

In conseguenza di ciò, il Contratto collettivo nazionale di tale categoria è diventato lo strumento giuridico attraverso cui stipulare al livello nazionale accordi, fra la parte Pubblica (Governo e Regioni), rappresentata dall'Aran, e quella sindacale sulle materie inerenti le relazioni sindacali, il rapporto di lavoro, l'architettura e la dimensione della retribuzione, ecc.. Per effetto del Codice Civile, tali accordi e le norme sottoscritte hanno assunto pertanto a tutti gli effetti il valore giuridico di "Obbligazioni" sia per i soggetti firmatari al livello nazionale (Governo, Regioni ed organizzazioni sindacali nazionali) e sia anche i rappresentanti di tali soggetti al livello periferico (Amministrazioni pubbliche, Aziende sanitarie ed associazioni sindacali regionali ed aziendali).

Forte di questa impostazione, il periodo della contrattazione nazionale ed il periodo di confronto fra le parti antecedente a questo è stato ritenuto fino ad ora dall'Area della Dirigenza sanitaria un momento particolarmente strategico anche se difficoltoso.

In conseguenza di ciò, il malessere ed il disagio contrattuale dei dirigenti medici sono stati attribuiti in buona parte ai crescenti e sempre più scandalosi ritardi della data di inizio e conclusione della contrattazione nazionale rispetto a quella sancita da leggi e contratti.

La firma dei Ccnl pertanto ha rappresentato fino ad ora per la categoria un momento importante e liberatorio, perché a quel punto si trattava solamente di applicare in periferia norme già prefissate previa, in alcuni casi, la definizione mediante contrattazione aziendale di alcuni criteri generali attuativi, nel rispetto comunque dei principi, delle procedure e dei tempi prefissati dal Ccnl.

Con ciò non si vuole affermare che nel recente passato lo stato di applicazione successivo dei contratti fosse in tutte le aziende sanitarie sempre celere e corretto; è innegabile però rilevare che il dettato contrattuale, almeno nelle sue disposizioni nazionali fondamentali, venisse attuato nella maggioranza dei ca-

si entro il primo anno dopo la firma nazionale e comunque in modo sostanzialmente corretto nella gran parte delle aziende.

MOTIVAZIONI DELL'INDAGINE CONOSCITIVA NAZIONALE

In considerazione di quanto sopra detto, le recenti crescenti segnalazioni di inadempienza o erronea attuazione al livello aziendale del Ccnl 2002-2005 dell'Area della Dirigenza medica e veterinaria sono state considerate in un primo momento la normale spia di un fenomeno spiacevole ma quasi fisiologico della prima fase post-contrattuale.

Il perdurare ed anzi l'accrescersi di tali segnalazione ha successivamente però stimolato dubbi e perplessità notevoli ed ha spinto l'Anaa Assomed a prendere in considerazione l'eventualità che ci si trovasse di fronte al livello aziendale ad un fenomeno patologico nuovo di non applicazione diffusa di buona parte delle peculiarità innovative introdotte dal Ccnl, per motivi non chiari.

Per fugare ogni dubbio sulle dimensioni e rilevanza del fenomeno ed acquisirne conoscenze più certe è stata effettuata alcuni mesi addietro dalla stessa Anaa Assomed un'indagine conoscitiva nazionale rivolta a tutti i segretari aziendali.

Attraverso questo studio si è cercato di conoscere:

- lo stato di attuazione della parte normativa relativa al biennio 2002-2005 del Ccnl della Dirigenza medica e veterinaria e della parte economica relativa al biennio 2002-2003 (a distanza di 31 mesi dalla pubblicazione);
- lo stato di attuazione della parte economica relativa al biennio 2004-2005 (a distanza di 11 mesi dalla pubblicazione);
- il livello di attivazione della contrattazione integrativa aziendale;
- gli istituti contrattuali maggiormente colpiti dai ritardi o dalle omissioni applicative;
- la distribuzione geografica dei ritardi e delle omissioni;
- le eventuali cause e motivazioni.

CONSIDERAZIONI SUI RISULTATI

Le risultanze dell'indagine sono andate ben oltre le aspettative ed hanno messo in risalto una realtà applicativa del contratto nazionale in forte ritardo ed altamente critica.

Il significato specifico dei dati numerici e percentuali di seguito pubblicati, ottenuti dall'analisi delle risposte ai quesiti formulati, rispondono infatti in modo chiaro ed inequivocabile alla gran parte degli o-

RISULTATI GENERALI

Totale Aziende Sanitarie ed Irccs in Italia	331	pari al 100%
Totale Aziende Sanitarie in cui è presente l'Anaa Assomed	309	pari al 93,35%
Totale Aziende Sanitarie in cui è presente l'Anaa Assomed in cui ha validità il Ccnl*	303	pari al 98,06%
Risposte al questionario	253	pari al 83,50%

RISPOSTE AL QUESTIONARIO PER MACROREGIONI

MACROREGIONI	RISPOSTE	TOTALE AZIENDE (in cui è presente l'Anaa Assomed)	PERCENTUALI
NORD*	122	145	84,14%
CENTRO	55	67	82,09%
SUD	45	54	83,33%
ISOLE	31	37	83,78%

N.B.: le percentuali sono state calcolate tenendo conto delle Aziende Sanitarie ed Irccs dove l'Anaa Assomed è rappresentata.

* Le risposte al questionario di questa macro-regione non comprendono le Province autonome di Trento e Bolzano per le motivazioni precedentemente riportate.

biettivi conoscitivi che ci si era prefissi e si lascia pertanto al singolo lettore la loro interpretazione. Per meglio comprendere le risultanze generali dell'indagine e comprenderne il reale significato, si ritiene più utile in questa sede commentare da un punto di vista tecnico alcuni dati generali scaturiti ed elencare le criticità più importanti emerse. I dati ottenuti sono da ritenersi da un punto di vista tecnico-statistico altamente attendibili e significativi perché:

- la percentuale di aziende sanitarie, interessate al Ccnl dell'Area della Dirigenza medica e veterinaria, in cui l'Anaao Assomed è presente con i segretari aziendali è pari al 98,06% e cioè la quasi totalità;
- il dato percentuale di risposte al questionario è pari al 83,50% degli aventi diritto (tutti i segretari aziendali delle suddette aziende);
- i dati percentuali di risposte pervenute per macro-regioni sono altrettanto elevati e pressoché omogenei (valori compresi fra l'82,09% e l'84,14%);
- le risposte ai quesiti significativi sono state sottoposte ad un criterio rigoroso di accettazione dettato dal rispetto della coerenza logica alle risposte degli altri quesiti ed in particolare di quelli "chiave".

Le criticità più importanti emerse sullo stato di applicazione delle disposizioni contrattuali nazionali sono:

- al livello nazionale nel 44,27% delle aziende non è stata attuata almeno una delle disposizioni contrattuali fondamentali del Ccnl non soggette a contrattazione integrativa aziendale (grave inadempienza);
- la percentuale di inadempienza è risultata di gran lunga superiore al valore medio nazionale sopra espresso nella macroregione del sud (62,22%);
- nell'87,50% delle Aziende, in cui è risultata la presenza di gravi inadempienze, questa riguardava almeno il mancato riconoscimento economico dell'esperienza professionale maturata con l'anzianità di servizio ed attestata dalla positività delle verifiche professionali già effettuate (mancata attribuzione del "gradone" agli aventi diritto in prima istanza);
- nel 13,83% delle aziende non sono stati pagati in parte o in toto gli arretrati delle disposizioni nazionali fondamentali del Ccnl malgrado la gran parte di questi derivino dal dettato del Ccnl 2005 e prevedano un'attuazione automatica;
- nel 65% circa delle aziende non sono state ancora applicate una o più disposizioni contrattuali nazionali fondamentali sancite dal Ccnl 2° biennio, malgrado si conoscano da 15 mesi e siano pubblicate da 11.

Uguale significatività hanno le criticità più importanti emerse sullo stato di attivazione e conclusione della contrattazione integrativa aziendale. Le più importanti fra queste sono:

- la contrattazione aziendale non è ancora iniziata nel 34,78% delle aziende italiane, malgrado:
 - l'obbligo per le aziende di rispettare i limiti temporali massimi previsti;
 - la stessa contrattazione aziendale non è iniziata soprattutto nelle aziende della macroregione del sud (60,00%);
 - la trattativa aziendale si è già conclusa nel 31,10% delle aziende italiane in cui è già iniziata e solamente nel 5,26% della macroregione delle isole;
 - la trattativa aziendale si è già conclusa nel 20,20% delle aziende che hanno risposto al questionario.

Dalle risposte dei quesiti inerenti la concertazione risultano evidenti le seguenti criticità maggiori:

- la percentuale nazionale di soddisfazione della domanda di concertazione (69,52%) è significativamente più basso rispetto alla richiesta;
- la percentuale di aziende in cui questa è stata attuata con procedura non corretta è pari al 20%;
- la percentuale di aziende dove è stata soddisfatta la domanda di concertazione mediante l'utilizzazione di una procedura rispettosa delle disposizioni contrattuali è pari al 55,60% di quelle dove è stata richiesta.

RIFLESSIONI FINALI

L'elevato numero di informazioni acquisite dall'indagine, la sua elevata attendibilità per quanto detto prima, la trasparenza dei dati prodotti e la loro facile verificabilità e la rigorosità nella valutazione di questi e nella metodologia utilizzate permette di considerare i risultati generali dell'indagine una fotografia molto attendibile, almeno sul piano delle tendenze percentuali, dello stato di attuazione del Ccnl dell'Area della Dirigenza medica e veterinaria, per altro già scaduto da 21 mesi. Risulta chiaro ed evidente, anche agli scettici, che at-

tualmente è presente in Italia una forte patologia acuta del "sistema delle relazioni sindacali" che nella realtà quotidiana viene sempre più ignorato o stravolto dalle aziende ed, ultimamente in modo crescente, anche dalle regioni. Tale patologia ha come risultato più o meno voluto quello di creare un ulteriore pesante ritardo nell'applicazione dei "patti contrattuali", sottoscritti al livello nazionale, o addirittura di vanificarli in parte o in toto. In queste condizioni il sistema contrattuale presente all'interno dell'Area della Dirigenza medica e veteri-

SINTESI DELLE GRAVI INADEMPIENZE ATTUATIVE DEL CCNL

Sono state considerate gravi inadempienze attuative del Ccnl la non applicazione delle seguenti disposizioni contrattuali:

1. Nuovo tabellare unico
2. Nuova retribuzione di posizione unificata al lordo degli aumenti
3. Applicazione del nuovo gradone nella retribuzione di posizione unificata agli aventi diritto in 1ª istanza

RISULTATI

	RISPOSTE	PERCENTUALI
TOTALE	253	100,00%
GRAVI INADEMPIENZE	112	44,27%

RISPOSTA PER MACRO REGIONI

MACROREGIONI	GRAVI	SU TOTALE INADEMPIENZE	PERCENTUALI RISPOSTE
NORD	47	122	38,52%
CENTRO	22	55	40,00%
SUD	28	45	62,22%

Sono stati pagati a tutti i medici gli arretrati economici conseguenti alle disposizioni nazionali del nuovo Ccnl?

RISULTATI

	RISPOSTE	PERCENTUALI
TOTALE	253	100,00%
SI	217	85,77%
NO	35	13,83%
NESSUNA RISPOSTA	1	0,40%

RISPOSTA PER MACROREGIONI

MACROREGIONI	RISPOSTE AFFERMATIVE	SU TOTALE RISPOSTE	PERCENTUALI
NORD	105	122	86,07%
CENTRO	48	55	87,27%
SUD	34	45	75,56%

QUALI DELLE SEGUENTI DISPOSIZIONI CONTRATTUALI DEL CCNL VIGENTE SONO STATE GIÀ ATTUATE AL LIVELLO AZIENDALE?

(A questo quesito sono state fornite risposte multiple)

	RISPOSTE	PERCENTUALI
Nuovo tabellare unico	238	94,07%
Nuova retribuzione di posizione unificata al lordo degli aumenti	220	86,96%
Applicazione del nuovo gradone nella retribuzione di posizione unificata agli aventi diritto in 1ª istanza	153	60,47%
Applicazione del nuovo gradone nella retribuzione di posizione unificata agli aventi diritto in 2ª istanza	65	25,69%
Nuovo valore economico dell'indennità di servizio notturno	140	55,34%
Nuova indennità di disagio in servizio di guardia notturna	113	44,66%
Nuovo valore economico dell'ora straordinaria	117	46,25%
Nuovo valore economico della guardia notturna eseguita come lavoro aggiuntivo in libera professione in favore dell'Azienda	33	13,04%
Obbligo per l'Azienda ad assicurare i propri dirigenti medici sul rischio di rivalsa per "colpa grave", utilizzando la loro partecipazione economica nei nuovi limiti tariffari posti dal Ccnl	148	58,50%
Non risponde	2	0,79%

naria perde di credibilità e non regge più perché non riesce a tutelare in modo equanime i diritti di ambedue le parti contrattuali e finisce anzi con lo sfavorire nei fatti la parte spesso più debole che è quella del lavoratore. Il risultato eclatante di questa indagine non può limitarsi a determinare in tutti una presa d'atto dell'esistenza di questa patologia ma deve soprattutto stimolare un processo di comprensione delle cause che l'hanno determinato e delle motivazioni reali che la sostengono.

Alcune delle cause sono certamente la:

- difficoltà di lettura del testo contrattuale già per gli addetti ed a maggior ragione per tutti gli altri dipendenti (dirigenti medici e veterinari e funzionari delle aziende) non in possesso di particolari competenze giuridico-amministrative;
- mancanza di un testo unico contrattuale a cui fare riferimento sempre con maggiore facilità;
- la frequente mancanza di preparazione specifica di tipo professionistico dei quadri sindacali periferici

esaltata ancor più dalla complessità delle norme e dall'ermetismo del linguaggio; tutto ciò è ancor più grave dal fatto che i dirigenti medici e veterinari dediti anche a questa attività al livello periferico affrontano l'impegno sindacale come aggiuntivo a quello principale. Tutte queste cause, anche se importanti, sono state sempre presenti e non bastano da sole a giustificare l'acuzia via via crescente della situazione. Quanto sopra detto, inoltre, da sempre ha deter-

minato delle influenze, in percentuale comunque non eccessiva, sulla contrattazione aggiuntiva aziendale, ma certamente non può minimamente giustificare la mancata o errata applicazione di norme contrattuali fondamentali nazionali, ad attuazione automatica al livello aziendale. Quanto fino ad ora è avvenuto potrebbe essere interpretato:

- in una visione buonista, come la conseguenza eclatante della crisi dell'azionalismo sanitario in Italia, permeato spesso da superficialità, non elevata competenza, menefreghismo ed arroganza di alcuni suoi dirigenti in ruoli strategici;
- in una visione sospettosa, come la conseguenza di un disegno strisciante, che ha contagiato un po' tutti ma in particolare alcune aziende ed alcune regioni, mirante a vanificare o a ridurre l'effetto delle conquiste contrattuali ottenute dalle organizzazioni sindacali al livello nazionale e coprire così o ridurre, a scapito dei lavoratori, le incapacità gestionali aziendali e/o i deficit aziendali causati per altri motivi.

Comunque la si metta, in questa situazione spicca il silenzio assordante delle Regioni. In fondo le stesse, attraverso le loro rappresentanze al livello nazionale, hanno sottoscritto il Ccnl ed hanno pertanto contratto "l'obbligazione giuridica" ad applicarlo ed a farlo applicare.

Questo compito importante di sorveglianza sulle aziende sanitarie (aziende strumentali delle regioni) in questo caso è stato del tutto o-

messo. Sarebbe interessante capire il perché di tutto ciò, anche se i recenti comportamenti ufficiali di alcune regioni di tipo attivo (modifica delle norme nazionali del Ccnl illecitamente con Leggi regionali in modo unilaterale) od omissivo (evitando di impedire o di punire una palese illiceità aziendale in evidente contrasto con le risultanze unanime di un organismo istituzionale super partes di garanzia e del giudice) rendono abbastanza semplice questo compito che comunque lasciamo al lettore.

In queste condizioni, se le cause che hanno generata questa patologia non vengono risolte e se non vengono introdotte delle precise norme di garanzia e di penalizzazione evidente nei riguardi dei comportamenti scorretti, dei ritardi e delle omissioni, sarà ben difficile nel prossimo Ccnl scommettere sul livello regionale ed aziendale ma, per limitare i danni, si dovrà puntare quasi esclusivamente solo sul livello nazionale.

PERCENTUALE DI SODDISFAZIONE DELLA DOMANDA AZIENDALE DI CONCERTAZIONE					
RISULTATI					
DOMANDA N.15 “È stato richiesto formalmente dall’Anaao il tavolo di concertazione?”		DOMANDA N.17 “È stata attivata dall’Azienda la concertazione?”		CRITICITÀ Percentuale di soddisfazione della domanda aziendale di concertazione	
RISPOSTE	%	RISPOSTE	%	%	
187	73,91%	130	51,38%	69,52%	
RISULTATI PER MACROREGIONI					
	DOMANDA N.15 “È stato richiesto formalmente dall’Anaao il tavolo di concertazione?”		DOMANDA N.17 “È stata attivata dall’Azienda la concertazione?”		CRITICITÀ Percentuale di soddisfazione della domanda aziendale di concertazione
	RISPOSTE	%	RISPOSTE	%	%
NORD	84	68,85%	68	55,74%	80,95%
CENTRO	44	80,00%	32	58,18%	72,73%
SUD	37	82,22%	15	33,33%	40,54%
ISOLE	22	70,97%	15	48,39%	68,18%
ITALIA	187	73,91%	130	51,38%	69,52%

È già iniziata la trattativa per il contratto integrativo aziendale?

SINTESI DELLE RISPOSTE

	RISPOSTE	PERCENTUALI
Si, su tutte le materie	51	20,16%
Si, solamente su alcune materie	113	44,66%
Totale SI	164	64,82%
No	88	34,78%
Non risponde	1	0,40%

RISPOSTA PER MACROREGIONI

DOMANDE	REGIONI DEL NORD		REGIONI DEL CENTRO		REGIONI DEL SUD		REGIONI INSULARI	
	Risposte	%	Risposte	%	Risposte	%	Risposte	%
Si, su tutte le materie	35	28,69%	6	10,91%	6	13,33%	4	12,90
Si, solamente su alcune materie	59	48,36%	27	49,09%	12	26,67%	15	48,39%
Totale SI	94	77,05	33	60,00%	18	40,00%	19	61,29%
No	27	22,13%	22	40,00%	27	60,00%	12	38,71%
Non risponde	1	0,82%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

Si è già conclusa la trattativa per il contratto integrativo aziendale?								
SINTESI DELLE RISPOSTE								
	RISPOSTE	PERCENTUALI						
Si, su tutte le materie	10	6,10%						
Si, solamente su alcune materie	41	25,00%						
Totale SI	51	31,10%						
No	110	67,07%						
Non risponde	3	1,83%						
RISPOSTA PER MACROREGIONI								
DOMANDE	NORD		CENTRO		SUD		ISOLE	
	Risposte	%	Risposte	%	Risposte	%	Risposte	%
Si, su tutte le materie	9	9,57%	0	0,00%	1	5,56%	0	0,00%
Si, solamente su alcune materie	22	23,40%	12	36,36%	6	33,33%	1	5,26%
Totale SI	31	32,98%	12	36,36%	7	38,89%	1	5,26%
No	61	64,89%	21	63,64%	11	61,11%	17	89,47%
Non risponde	2	2,13%	0	0,00%	0	0,00%	1	5,26%

GLI STUDI INTERNAZIONALI ED EUROPEI SUL RAPPORTO TRA SALUTE E SVILUPPO ECONOMICO

L'importanza degli investimenti in salute

Aldo Piperno*

Il dibattito politico-istituzionale e le conseguenti misure dei governi in materia di servizi sanitari sono per lo più caratterizzati, a prescindere dagli orientamenti politici e dal tipo di sistema sanitario osservabile in una vasta gamma di Paesi, da una quasi esclusiva enfasi sul controllo della spesa e/o sulla sua riduzione ogni qualvolta si formulano le politiche di bilancio. Se da un lato è indubbio che la spesa debba essere controllata ai fini della sua efficienza ed efficacia per una molteplicità di legittime ragioni, dall'altro non si può ignorare che "spendere per salute" non è improduttivo.

Una varia e consistente letteratura scientifica e da ultimo un recente rapporto della Commissione europea (*The contribution of health to the economy in the European Union*, European Communities, 2005) sollecitano una diversa prospettiva in materia, indicando gli "investimenti in salute" come motore di crescita economica. In questo breve scritto si riporteranno in sintesi i principali dati scientifici sul rapporto tra salute e sviluppo economico e si ragionerà intorno alle possibili implicazioni politiche che ne discendono.

Per rendere più evidente il filo delle argomentazioni qui svolte, può essere utile fare riferimento allo schema della figura 1; in esso si delineano i fattori che influiscono sulla salute e le conseguenze che dalla salute derivano.

Lo schema – sintesi di una consistente modellistica teorica – dice che la "salute" dipende da fattori genetici, stili di vita, istruzione, benessere economico, ambiente, assistenza sanitaria e da vari altri fattori sociali. Non esiste disaccordo sull'importanza di questi fattori sulla salute; il dibattito e la ricerca, semmai, si occupano problematicamente di individuare e quantificare il contributo relativo di ciascun fattore sulla salute. Quello che spesso viene ignorato, o quantomeno, non sufficientemente evidenziato e dibattuto è che, la "salute" è un fattore positivo rispetto all'andamento della "produttività", "offerta di lavoro", "istruzione" e "formazione del capitale" e che, a loro volta, questi sono fattori di sviluppo economico.

Nello schema, infine, appare una freccia che va dallo sviluppo economico ai fattori della salute; esiste, cioè, un loop, in quanto lo sviluppo economico influenza, in varia e diversa misura, i fattori di salute. Si potrebbe dire che ogni qualvolta che si avvia una politica di bilancio nel settore sanitario, si fa, in sostanza, politica sociale ed economica e che se si intende perseguire lo sviluppo, questo passa anche attraverso le misure che si adottano nella sanità.

L'INTERAZIONE TRA "SALUTE" E FATTORI DI SVILUPPO ECONOMICO

I seguenti sono i principali meccanismi attraverso cui la "salute" (o la sua assenza) influiscono, in base ad una modellistica teorica empiricamente valutata, sui fattori dello sviluppo economico.

Persone in un buono o migliore stato di salute possono ragionevolmente produrre di più per ora di lavoro (produttività del lavoro) e fare un migliore e più efficiente uso delle tecnologie e degli strumenti di lavoro. Una forza lavoro in migliore salute è ragionevolmente più flessibile e adattiva ai cambiamenti, ad esempio, dei ruoli e delle mansioni, dell'organizzazione del lavoro, ecc. Cam-

biamenti che soprattutto oggi, nel contesto di un'economia globale competitiva, sono indispensabili per assicurare il posizionamento di mercato delle economie nazionali. Una buona salute riduce il numero dei giorni di malattia e, quindi, aumenta il numero di giorni disponibili per il lavoro o il tempo libero. La salute influenza anche la decisione di lavorare (offerta di lavoro) attraverso l'impatto che essa ha sui salari, gli stipendi e in genere sui redditi, le preferenze e il cosiddetto "orizzonte di vita", ovvero, la prospettiva delle persone sul proprio futu-

ma a livello aggregato di popolazione o di Paese, cercando se popolazioni o Paesi caratterizzati da certi profili di salute mostrassero o meno profili diversi (coerenti o incoerenti) in materia di fattori di sviluppo o misure dirette di sviluppo economico. Ecco alcune evidenze empiriche.

Già dal 1975 Luft ("The impact of poor health on earnings", in *Review of economics and statistics*, vol. 57, pp. 43-57) aveva stimato che lo stato di cattiva salute aveva prodotto negli Stati Uniti una perdita del 6.2% dei redditi totali. Altri autori (Fukui, T e Iwamoto, Y: "An

estimation of earnings losses due to health deterioration", citato nel rapporto della Commissione europea), studiando la popolazione tra i 30 e i 54 anni in tre consecutive indagini dal 1989 in poi, in Giappone, avevano riscontrato perdite di redditi dall'1% in su.

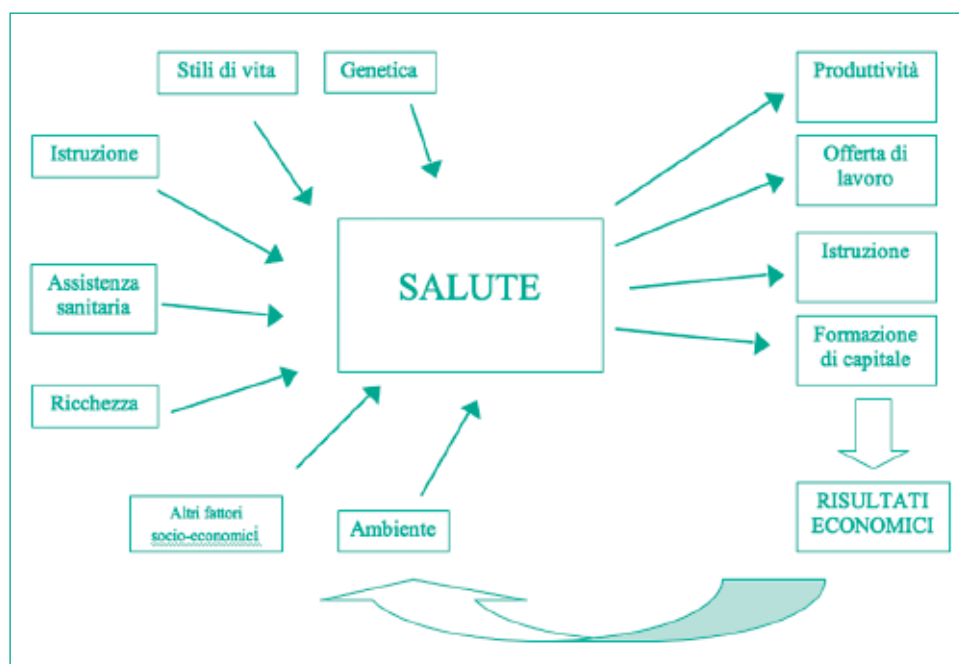
Studi condotti in Svezia da Andren e Palmer ("The effects of sickness on earnings", Gotheburg University, Department of economics, working paper n. 45) su dati longitudinali relativi a campioni di popolazione e, nello specifico, sull'effetto delle malattie sui redditi, le remunerazioni orarie e i salari confermano analoghi effetti. Centovannis e Palmer nel 2001 ("The impact of health on wages: evidence from the British household panel survey", in *Empirical economics*, vol. 26, pp. 599-622) e Gamblin nel 2004 ("Gender differences in the effect of health on wages in Britain", University of York, Department of economics), utilizzando i dati

ti della "British Household Panel survey", riscontrano che uno stato di buona salute era correlato in Inghilterra ad un aumento del 10% circa della remunerazione oraria. Effetti dello stesso tipo e in un range di quantità analoghe sono stati riscontrati anche in studi condotti in Germania e Francia.

L'IMPATTO SUL LAVORO E SUI LIVELLI D'ISTRUZIONE

Una seconda categoria di ricerche ha indagato l'impatto della salute sull'offerta di, e la partecipazione al, lavoro. La perdita di produttività per cattiva salute è stata stimata in Inghilterra pari a 20 miliardi di sterline, a circa 3 in Belgio, a circa 31 in Germania e a 4 in Olanda (dati citati in "The contribution of health to the economy in the European Union", 2005).

Gannon e Nolan in Irlanda ("Disability and labour market participation", Hrb working paper, 2003), Lindholm et al. in Svezia ("Does chronic illness cause adverse social and economic consequences among swedes?", in *Scandinavian Journal of public health*, vol. 29, pp. 63-70, 2001), Lechner et al. in Germania ("The effect of disability on labour market outcomes in Germany", in *Centre for economic policy research*, discussion paper n. 4223, 2004), Van de Mheen et al. in Olanda ("The influence of adult ill health on occupational class mobility and mobility out of and into employment in the Netherlands", in *Social science and medicine*, vol. 49, pp. 509-518, 1999) hanno stimato che lo stato di cattiva salute produce un decremento nel tasso di partecipazione al lavoro in un range di percentuali che arrivano fino al 61% per gli uomini e al 52% per le donne. La cattiva salute viene inoltre indicata, a parità di altre circostanze, come fattore di pensionamento anticipato. Assai interessanti sono poi quegli studi che stimano le



ro e il conseguente loro impegno e coinvolgimento nella vita attiva e nella partecipazione al lavoro.

Secondo la teoria del capitale umano, individui più istruiti sono più produttivi e raggiungono remunerazioni e redditi più elevati nel corso della vita. Individui in migliore salute hanno più incentivi a investire in istruzione e formazione e il tasso di deprezzamento delle loro competenze è relativamente più basso. Lo stato di salute ha non solo un impatto sul reddito, ma anche nella sua distribuzione tra quota da consumare e quota da risparmiare o investire. Persone in migliore salute hanno un orizzonte di vita più ampio e lungo e la loro propensione al risparmio è più alta di quella degli individui in peggiore salute. A parità di altre circostanze, una popolazione che ha una maggiore aspettativa di vita è presumibilmente più propensa al risparmio e all'investimento in capitale fisico e intellettuale.

GLI EFFETTI SULL'ECONOMIA

I meccanismi sopra illustrati sono solo alcuni tra quelli che caratterizzano l'interazione tra salute e fattori di sviluppo economico. Tali meccanismi sono stati, soprattutto nell'ultimo decennio, studiati e quantificati nei loro effetti in una vasta letteratura. Questa letteratura – di cui ora si riportano alcuni tra i principali risultati per non lasciare le argomentazioni qui svolte al solo livello teorico – si distingue in due grandi filoni a seconda dell'approccio e del metodo utilizzato.

Un primo filone di studi ha indagato la problematica prendendo a riferimento gli "individui" e, cioè, raccogliendo su di essi dati di salute e dati relativi ad uno o più aspetti riconducibili ai fattori dello sviluppo economico e mettendoli poi in relazione per quantificarne gli effetti.

Un secondo filone di studi ha, invece, indagato il proble-

perdite di vario tipo che si hanno da parte di coloro che assistono persone in cattiva salute. Basti citare le ricerche di Jimenez Martin et al. ("Health status and retirement decision for older european couples", in *Ceps*, ottobre, 1999) negli Usa e di altri in Europa ove si verifica che l'impegno in attività e incombenze assistenziali rivolte alla famiglia e ai parenti aumenta la probabilità di pensionamento anticipato, diminuisce le remunerazioni e i redditi, nonché la probabilità di lavorare. Una vasta letteratura si occupa dell'effetto della buona o cattiva salute sul livello di istruzione (potente fattore di crescita economica individuale e a livello di popolazione). Vale per tutti la ricerca condotta in Inghilterra da Case et al. ("The lasting impact of childhood health and circumstances", in *Journal of health economics*, vol. 24, pp. 365-389, 2004) in base alla quale si documenta che condizioni di salute "povere" hanno un significativo impatto negativo sulla performance scolastica e, in anni successivi, sul livello di istruzione raggiunto e, in finale, sulla dimensione dei redditi durante il corso dell'attività lavorativa. Infine, la salute ha secondo Smith un'influenza sui risparmi ("Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status", in *Journal of economic perspectives*, vol. 13, pp. 145-166, 1999).

IL CONTRIBUTO DELLA "SALUTE" ALLO SVILUPPO ECONOMICO

Il rapporto tra salute e sviluppo è stato studiato anche a livello macroeconomico, per popolazioni e Paesi. Magistrali sono stati gli studi compiuti dal premio nobel per l'economia Fogel che ha studiato sulla base di formidabili basi empiriche di dati il contributo della "salute" allo sviluppo economico di uno e più Paesi nell'arco di due secoli. Già nel 1994, Fogel verificò che ai miglioramenti dello stato di salute era attribuibile il 30% della crescita del reddito in Inghilterra, ovvero, l'1,15% procapite per anno nell'arco di 200 anni ("Economic growth, population theory and physiology: the bearing of long term process on the making of economic policy", in *The American economic review*, vol. 84, pp.369-395, 1994).

Arora ("Health, human productivity and long term economic growth", in *Journal of economic history*, vol. 61, 2001) conclude, sulla base di un'indagine su 10 Paesi industrializzati dell'Europa (e con serie storiche di dati superiori al secolo) che il miglioramento dello stato di salute ha prodotto un incremento del tasso di crescita nei Paesi studiati tra il 30% e il 40%, modificando in misura permanente la traiettoria dello sviluppo. Studi macroeconomici che risalgono al primo rapporto della Banca mondiale sulla povertà del 1980 (*World development report*) e al successivo rapporto del 1993 sul tema specifico degli investimenti in salute (*World Bank Development Report, Investing in health*) certificano i consistenti effetti della salute sull'economia. Altri studi (Barro, "Sources of economic growth", in *Carnegie*

tially endogenous technical progress", in *Fogarty International Center*, working paper n. 10, 2004) conclude che i miglioramenti dello stato di salute (misurato come tasso di sopravvivenza) hanno prodotto oltre 1/10 dello sviluppo economico nel periodo 1965-1990. Pur nella diversità esistente negli studi di letteratura (differenti Paesi, periodi, misure di sviluppo, misure economiche, ecc.) il risultato consolidato e generalizzato è che la salute ha un effetto quantitativo (diverso a seconda dei casi, ma misurato) positivo sull'economia.

Il dibattito e la ricerca scientifica non si limitano a verificare l'esistenza di correlazioni o flussi di causa-effetto, ma va in profondità anche rispetto a problemi e critiche possibili.

Alcuni obiettano che la spesa sanitaria ha sì l'effetto di cui sopra, ma il suo finanziamento, proveniente in larga parte dal prelievo pubblico ha a monte un effetto discorsivo sull'economia. Beraldo et al. ("Healthy, educated and wealthy: is the welfare state really harmful for growth?", in *Universitat de Barcelona, Working papers in economics*, 2005) ha, a proposito, verificato che il contributo positivo sull'economia derivante dalla spesa sanitaria, compensa l'effetto distorsivo del prelievo. Lo stesso argomento era in passato stato avanzato con solide basi teoriche ed empiriche da Atkinson ("The scope for a European growth initiative: is the welfare state necessarily an obstacle to economic growth?", in *European economic review*, vol. 39, pp.723-730,1995).

L'IMPATTO DEL FATTORE "SALUTE" SULL'ECONOMIA DEL SISTEMA SANITARIO

Sotto il profilo macroeconomico si possono avanzare sul tema anche altre prospettive analitiche. A prescindere dall'impatto a livello aggregato del fattore "salute" sullo sviluppo economico, esiste anche un impatto sull'economia del "sistema sanitario" per sé, che prescinde dal modo e dalla misura in cui il "sistema sanitario" influisce sullo stato di salute. Tale prospettiva è assai importante proprio in quanto si potrebbe sostenere (ed alcuni lo sostengono) che più che altro è la "salute" che contribuisce allo sviluppo e non tanto il fattore "sistema sanitario". Questa obiezione è assai meno "solida" di quanto si possa ritenere alla prova dei dati.

In primo luogo, il sistema delle cure (in tutto il suo ciclo che va dalla cosiddetta sanità pubblica e dalla prevenzione fino alle cure individuali e alla riabilitazione) ha un impatto autonomo sull'economia. Nei vari Paesi il sistema sanitario conta mediamente per più dell'8-9% del Pil europeo, di più, cioè, del 5% attribuibile al settore dei servizi finanziari o del commercio al minuto (vedi le stime di O'Mahony e Van Ark, "EU productivity and competitiveness", in *European Union*, 2003) di cui notoriamente si riconosce la rilevanza.

L'importanza del settore sanitario, inoltre, la si può osservare dal punto di vista del mercato del lavoro. In Europa, la quota di persone occupate nel settore sanitario rappre-

tori produttivi.

In secondo luogo, il 9% circa di incidenza sul Pil, se visto sotto il profilo intersettoriale (ad esempio, considerando i beni e servizi consumati dal sistema sanitario e provenienti da altri settori economici, quelli prodotti per altri settori, salari e stipendi e pagamenti esterni, ecc.) funge da "volano" per la sussistenza e lo sviluppo di altri settori dell'economia (per l'Italia, un rapporto di Confindustria di qualche anno fa provava a quantificare questi effetti economici aggiunti).

In terzo luogo, il "sistema sanitario" per sé ha un effetto misurabile sullo stato di salute. Le ricerche più importanti da questo punto di vista sono quelle che partono dai concetti di "mortalità prematura non necessaria" e di "mortalità evitabile".

Queste ricerche analizzano i trend di mortalità relativamente ad una serie specifica di condizioni morbose, la cui mortalità si può evitare se sono messe in essere adeguate misure di prevenzione e di intervento terapeutico. Molti studi condotti con questa prospettiva (Peikolaenen, Charlton, Holland, Jouglu, Mac Kenbach, citati nel rapporto della Commissione europea) hanno dimostrato che con l'esistenza di appropriate misure di intervento sanitario la mortalità si è ridotta del 30% per le cause di morte evitabili.

Si cita infine uno studio realizzato in ambito Oecd da Zeynep e altri sul rapporto tra "risorse" e "salute" e, nello specifico tra il "numero dei medici" e l'andamento della mortalità (studio pubblicato nel 2005, vol. 24, nella rivista *Health economics*). Sulla base di un'analisi condotta sui dati di 21 Paesi relativi a serie storiche di 30 anni, gli autori concludono che il numero di medici, dopo aver controllato l'effetto di altri fattori, contribuisce di per sé al declino della mortalità. La dimensione delle risorse e, nello specifico, della risorsa umana "medico" ha cioè un effetto autonomo e indipendente da altri fattori sulla salute. Ovviamente, il numero di medici è come si usa dire una variabile "proxy" nel senso che fa soprattutto riferimento al tipo e al volume di attività che questi operatori rendono possibile.

LE CONSIDERAZIONI FINALI

Quanto sopra esposto e argomentato permette qualche considerazione finale. È opportuno ripetere che oggi è indispensabile governare la spesa sanitaria in quanto nella spesa si annidano fenomeni di inefficienza e di spreco ed è acquisito che non tutta la spesa ha un ritorno in termini di efficacia. Ciò detto, non si può ignorare che "spendere" per l'assistenza sanitaria significa anche "spendere per la salute" e che tale spesa è un investimento che non solo produce cure per la popolazione ma benessere economico per il Paese. Tale conclusione coincide con quanto raccomanda il già citato rapporto della Commissione europea ove si invitano i Paesi membri a considerare, nel formulare le loro politiche, che gli "investimenti in salute" sono una delle opzioni che i policy makers hanno per stimolare lo sviluppo economico in generale e, nello specifico, accrescere il livello di competitività dei Paesi.

È interessante, alla fine di questo scritto, riportare le conclusioni cui arriva il rapporto della Commissione a proposito degli investimenti in salute: "Like all investments, the return on expenditure on health and health care it is at some point in the future. In this respect it is no different from a major infrastructure project. It is, however, an area where the potential for returns on investments, and the uncertainty associated with a return, has been less well understood than in other sectors, and where fewer efforts have been undertaken to explicitly measure the returns to public health investment in monetary terms, so that they can be more directly compared with alternative investment projects".

Investire in salute e in assistenza sanitaria, cioè, come conclude il Rapporto, non è una spesa a perdere, ma un progetto di sviluppo che ha un ritorno e come tale deve essere comparato con altri progetti di investimento pubblico o privato.

*Direttore "Master in organizzazione e management dei servizi sanitari", Università "Federico II" di Napoli

Tabella 1 - Incremento degli occupati e delle ore lavorate nella sanità

Paesi	USA	Europa-15	Francia	Germania	Olanda	Inghilterra
periodi	incremento del numero totale di occupati, media % annua					
1979-90	3,9	2,7	2,3	3,6	2,8	2,8
1990-95	3,1	1,7	1,4	3,8	2,4	1,5
1995-2001	1,9	1,7	1,0	2,8	3,2	0,5
	incremento del numero totale di ore lavorate, media % annua					
1979-90	4,1	2,0	0,6	2,9	1,0	2,4
1990-95	3,0	1,4	1,3	2,8	1,6	1,8
1995-2001	2,3	1,4	0,3	2,3	2,2	0,2

Fonte: elaborazione su dati O'Mahony and Van Asrk, 2003

Rochester Conferences series of public policy, n. 40, 1994; Sachs et al., "Economic reform and the process of global integration", in *Brookings papers on economic activity*, vol. 1, pp. 1-95, 1995; Bloom et. al, "Health, worker productivity and economic growth", 2002) confermano le precedenti evidenze. Uno studio di Jamison e Wang del 2004 relativo a 50 Paesi ("Health's contribution to economic growth in an environment of par-

senta circa il 9% di tutta l'occupazione, sia che si consideri l'originaria Europa dei 15 Paesi e quella odierna dei 25. Dalla tabella 1 si può agevolmente osservare come in alcuni Paesi il tasso di crescita dell'occupazione e il totale delle ore lavorate in sanità – pur declinante nel tempo per varie cause dovute all'impiego delle tecnologie, alla crescita della produttività e alla riduzione della manodopera – sia cresciuto nel tempo oltre a quanto registrato in altri set-

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Il diritto all'informazione e alla consultazione delle OoSs è espressione della libertà sindacale

L'Anaa della Lombardia vince il ricorso contro l'Asl di Bergamo responsabile di condotta antisindacale

Configura condotta antisindacale l'adozione, da parte del Direttore Generale della Asl, di un atto unilaterale disciplinante la materia dell'attività libero professionale del personale medico secondo modalità assolutamente diverse da quelle rispetto alle quali era stata già raggiunta una preintesa con le organizzazioni sindacali. Questo quanto deciso dal tribunale di Bergamo con sentenza depositata il maggio scorso.

I fatti. L'Anaa Assomed regione Lombardia, insieme alla Cgil Funzione Pubblica di Bergamo, convenivano in giudizio dinanzi al Tribunale di Lavoro la Asl per chiedere la revoca, allo scopo di consentire la contrattazione collettiva integrativa, delle deliberazioni emanate dal Dg, tutte espressione della condotta antisindacale tenuta da quest'ultimo.

Oggetto del contendere l'attività libero professionale intramoenia disciplinata dal regolamento della Asl adottato nel 2002 e prestata al di fuori dell'impegno e dell'orario di lavoro, ad integrazione dell'attività istituzionale dell'azienda.

Nel 2004, nell'ambito delle trattative per la revisione del regolamento aziendale sull'attività libero professionale, le rappresentanze sindacali dei medici e dell'azienda avevano raggiunto una preintesa con cui erano state collocate tutte le certificazioni medico legali per il 37% in attività istituzionale, e per il 63% come prestazioni libero professionali a pagamento individuando le quote di compenso a carico dell'azienda e del medico, rispettivamente nel 60%, area a pagamento, e nel 40%, area in servizio.

Con una direttiva del 23 settembre del 2004 il direttore aveva emanato delle disposizioni disciplinanti le certificazioni medico-legali relative a patenti di guida nautiche e porto d'armi, individuando quale valori di riferimento nella ripartizione dei volumi tra le due modalità erogative, un rapporto paritario di "uno ad uno": veniva quindi precisato che l'attività libero professionale intramuraria richiesta a pagamento da terzi non potesse comportare per ciascun dirigente e per singola prestazione un volume di attività superiore a quello erogato in orario di servizio.

Successivamente, in seguito ad una ispezione condotta dal Ministero delle Finanze contenente rilievi a carico dell'azienda anche riguardo alle prestazioni a pagamento, il Dg, nel corso di un incontro tra le Organizzazioni sindacali e la dirigenza aziendale, ribadiva tale rapporto paritario, divenuto inevitabile anche a seguito dei risultati e delle prescrizioni contenute nella relazione dell'organo ispettivo, aggiungendo inoltre di dover procedere al recupero, a carico di ciascun dirigente medico, delle somme già liquidate per le prestazioni libero professionali non conformi a tale rapporto paritario, risultando a tale proposito indifferente stipulare o meno un'intesa con i sindacati. Pertanto, mentre da una parte le associazioni sindacali stavano concertando la modifica dell'atto regolamentare di cui al Decreto Ministeriale 31 luglio 1997 (Linee guida dell'organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del Ssn), dall'altra il Dg della Asl aveva adottato unilateralmente senza alcuna consultazione né concertazione con le rappresentanze sindacali at-

ti disciplinanti la materia secondo modalità assolutamente diverse da quelle rispetto alle quali era stata raggiunta una preintesa.

Il procedimento ex articolo 28 e la opposizione al decreto del Tribunale.

Contro tali eventi le Organizzazioni sindacali promuovevano un procedimento per la repressione della condotta antisindacale (procedimento ex articolo 28 dello Statuto dei lavoratori), chiedendo di accertare l'antisindacalità del comportamento posto in essere dalla Asl non essendo consentito al Dg, una volta adottato il regolamento previsto dall'articolo 1 del DM del 31 luglio 1997 di apportarvi modificazioni senza aver consultato le OoSs, e violando le disposizioni sulla contrattazione integrativa prescritte dall'articolo 4 del Ccnl del 2000. Il giudice del Lavoro aveva rigettato la domanda; avverso tale pronuncia le Organizzazioni sindacali hanno proposto opposizione per chiedere la revoca del decreto del Tribunale.

Il giudizio. Per il Tribunale del Lavoro il ricorso è fondato. Si tratta infatti di una condotta antisindacale, in quanto la materia è rimessa alla contrattazione collettiva integrativa, richiedendo un previo confronto con le organizzazioni sindacali. Tutto ciò si evince dal complesso di disposizioni di legge e contrattuali. Principalmente il D.lgs 502 del 1992 nel quale si stabilisce che le modalità di svolgimento delle attività libero professionali ed i criteri per l'attribuzione ai dirigenti sanitari dei relativi proventi siano determinate dal direttore generale in conformità alle previsioni dei contratti collettivi di lavoro. Quindi l'articolo 1 del DM 31 luglio 1997 secondo il quale il regolamento con cui si definiscono le "modalità organizzative" dell'attività intramuraria deve essere adottato sentite le OoSs e quindi previa consultazione e confronto con le medesime. Il regolamento deve inoltre fissare, sempre in ottemperanza alle disposizioni del DM, i criteri e le modalità per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale anche attraverso appositi organismi di verifica costituiti in forma paritetica tra i dirigenti sanitari rappresentanti delle OoSs della dirigenza sanitaria. Inoltre il sesto comma dello stesso articolo 1 ribadisce che tutti gli adempimenti in materia di libera professione siano adottati previa intesa con le OoSs del personale della dirigenza sanitaria.

Nel Ccnl del 2000 all'articolo 4 si prevede che in sede di contrattazione collettiva integrativa sono regolati i criteri generali per la definizione, la disciplina, l'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria e per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti interessati. Nella pratica il regolamento adottato dall'azienda nel corso del 2002 definiva il rapporto tra l'attività istituzionale e libero professionale così come successivamente le parti sociali, confrontatesi proprio in ottemperanza alle disposizioni richiamate avevano raggiunto una preintesa sulla proposta di revisione del regolamento aziendale in materia di Alpi e di attività a pagamento già presentata in sede di contrattazione integrativa con le OoSs. Ma, ribadisce il Tribunale del Lavoro, la materia sulla quale il Dg della Asl è intervenuto

unilateralmente è soggetta ad una preventiva informazione con le rappresentanze sindacali, proprio per garantire un confronto tra le parti nell'ottica della concertazione disciplinata all'articolo 4 del OoSs del 2000. Invano la Asl ha negato che il proprio comportamento costituisse condotta antisindacale, non essendovi alcun diritto dei medici a svolgere una determinata quantità di attività libero professionale ed invocando a suo favore motivi di necessità e di opportunità che l'avevano indotta al riequilibrio delle modalità di prestazioni, considerazione avvalorata anche dalle prescrizioni ricevute a seguito dell'ispezione subita dal Ministero delle Finanze. Riteneva inoltre che la modifica del regolamento concertato con le Organizzazioni sindacali era avvenuto sì con atto unilaterale, ma nel rispetto dei principi generali stabili dalla contrattazione collettiva. Ma, qualora sussista qualsiasi motivo o necessità di apportare delle modifiche al regolamento aziendale, l'azienda è obbligata a sentire preliminarmente le OoSs. Aver unilateralmente modificato la regolamentazione della materia rispetto a quanto fissato nella preintesa costituisce a tutti gli effetti condotta antisindacale, indipendentemente dalle motivazioni che hanno indotto il Dg ad adottare un comportamento diverso da quello concordato in fase di preintesa.

Viceversa avrebbe dovuto preventivamente informare le organizzazioni sindacali al fine di aprire un confronto sulle decisioni e sulle ragioni che aveva intenzione di adottare avviando un dialogo con le rappresentanze sindacali all'esito del quale si sarebbe potuti pervenire ad una soluzione concordata. Non costituisce motivo sufficiente per eludere la normativa prevista dal contratto e dal DM del 1997, la richiamata situazione d'urgenza in cui versava l'azienda (il rapporto tra la Alp effettuata in modalità "richiesta a pagamento" e quelle effettuate in orario di servizio aveva raggiunto la proporzione di nove ad uno, come emergeva dalle difese della Asl), perchè anche in questi casi è comunque possibile procedere all'informativa.

La condotta tenuta dalla Asl configura una condotta antisindacale in quanto integra una lesione delle prerogative e delle libertà sindacali che vengono ad essere limitate nella loro esplicazione concreta. "Il rifiuto da parte del datore di lavoro, sia esso pubblico che privato – conclude il tribunale di Bergamo – di confrontarsi con le associazioni sindacali dei lavoratori e di fornir loro informazioni determina una chiara limitazione all'esercizio dell'attività sindacale in quanto l'associazione viene a trovarsi nell'impossibilità di promuovere, ove ritenuto necessario, eventuali iniziative di contrasto di confronto o anche meramente propositive".

Il decreto del tribunale è stato revocato, ordinata la rimozione della condotta antisindacale, con la conseguente revoca delle direttive emanate dal Dg, e condannata la Asl alla refusione delle spese processuali.

"Non si può non ricordare – commenta il segretario aziendale Anaa Assomed di Bergamo, Pierluigi Capolino – dietro a questo riconoscimento giuridico le parole di Albert Einstein il quale sosteneva che il destino di ogni verità è di essere ridicolizzata prima di essere riconosciuta".

Paola Carnevale

I servizi Anaaao Assomed agli iscritti

L'ESPERTO RISPONDE

Gli iscritti possono rivolgere i loro quesiti per ricevere assistenza relativa all'applicazione degli istituti previsti dalla normativa contrattuale:

- Aggiornamento-Formazione
- Aspettativa
- Concorsi
- Graduatorie delle funzioni
- Guardie
- Incarichi
- Libera professione
- Mobilità
- Orario di lavoro
- Organizzazione dipartimentale
- Ospedalità privata
- Part time
- Pronta disponibilità
- Rapporto esclusivo
- Sostituzioni
- Valutazione del dirigente

REVISIONE BUSTA PAGA

Attraverso l'esame dello stato di servizio del dipendente, è possibile valutare la progressione economica correlata all'anzianità e alla carriera da ascrivere ai Ccnl. Attraverso l'analisi dei cedolini può essere evidenziata la congruità delle trattenute fiscali e previdenziali.

CONSULENZA PREVIDENZIALE

Il servizio fornisce agli iscritti sia informazioni di carattere generale, sia il calcolo della posizione previdenziale e delle pensioni da liquidare.

TUTELA LEGALE

Viene offerta la convenzione con studi legali su tutto il territorio nazionale. L'Associazione si fa carico di una parte consistente delle spese. Il servizio prevede la tutela giudiziaria ed è normato da un apposito regolamento.

OSSERVATORIO MOBBING

L'Anaaao Assomed ha istituito un Osservatorio sulla dequalificazione dei medici del Servizio Sanitario Nazionale. La funzione dell'osservatorio, oltre al monitoraggio del fenomeno, è quella di fornire a chi ne subisce le conseguenze, il necessario sostegno legale e peritale.

TUTELA LAVORO-CREF

Il servizio offre assistenza telefonica e consulenza scritta per la soluzione delle problematiche legali e sindacali in materia di diritto del lavoro. A tal fine è attivo l'help desk telefonico presso la sede Anaaao Assomed di Roma, il venerdì dalle ore 9.30 alle ore 18.00.

OSSERVATORIO LAVORO

Il servizio è finalizzato a dotare il dirigente medico di strumenti conoscitivi ed applicativi idonei a supportarlo e ad indirizzarlo nella soluzione delle diverse problematiche connesse ai compiti affidatigli. Il servizio approfondisce, con cadenza mensile, le novità normative e giurisprudenziali sul rapporto di lavoro.

TUTELA FISCALE

Il servizio di tutela fiscale attivato nelle sedi regionali dell'Associazione comprende:

- La consulenza fiscale
- La compilazione del modello 730 e degli altri adempimenti fiscali (modello 740, ICI etc.)

Le sedi regionali possono stipulare convenzioni con professionisti collegati a Caaf abilitati o direttamente convenzionandosi con i Caaf.

CONSULENZA TRATTATIVA AZIENDALE

Il servizio mette a disposizione esclusivamente dei delegati Anaaao Assomed alla contrattazione aziendale, il supporto tecnico e di consulenza durante lo svolgimento della trattativa utile anche alla denuncia di problemi e difficoltà operative.

INFORMAZIONI PARLAMENTARI

Il servizio offre informazioni e aggiornamenti parlamentari seguendo l'iter dei disegni di legge presentati alle Camere fino alla loro pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale. Sul sito dell'Associazione viene pubblicata il lunedì l'agenda dei lavori parlamentari e il venerdì il resoconto della discussione relativa ai provvedimenti di interesse della categoria.

WWW.ANAAO.IT

Il sito dell'Associazione, ampliato nei contenuti e modificato nella veste grafica, rappresenta un punto di riferimento per l'aggiornamento degli iscritti. Contiene, infatti, informazioni in tempo reale riguardanti l'attività politica e sindacale, sia quella prettamente associativa che quella istituzionale. Inoltre è possibile consultare le banche dati legislative, giurisprudenziale, i contratti di lavoro e l'iter della trattativa, l'attività parlamentare, gli eventi promossi dall'Associazione e molti altri servizi.

NEWSLETTER

E' l'appuntamento settimanale (il venerdì) con le informazioni sull'attività dell'Associazione che vengono recapitate direttamente nella casella di posta elettronica. L'iscrizione alla newsletter avviene attraverso il sito www.anaao.it e consente di ricevere: la rassegna stampa, brevi aggiornamenti sull'attività sindacale e sulla politica sanitaria, links a documenti utili.

LE CONVENZIONI

L'Associazione ha stipulato una serie di convenzioni consultabili su www.anaao.it.

ANAAO CARD

Gli iscritti all'Associazione possono usufruire del servizio Tutela Legale e delle Convenzioni attraverso l'Anaaao Card sulla quale sono indicate la login e la password per accedere alle aree riservate del sito.

SCUOLA FORMAZIONE QUADRI

Obiettivo

Una classe di dirigenti costituita da professionisti di elevata qualità e professionalità.

Principi

- conoscenza diffusa degli aspetti peculiari della storia, dell'organizzazione e delle regole statutarie dell'Anaaao Assomed e condivisione delle specificità del progetto di sindacalismo che l'hanno caratterizzata fin dalla sua fondazione;
- acquisizione di un'omogenea conoscenza delle norme e dei principi, organizzativi e gestionali, presenti in campo sanitario, nel pubblico impiego e nei Ccnl;
- comprensione e dominio tecnico dei principi, delle norme e delle metodologie che regolano il "sistema delle relazioni sindacali" a tutti i livelli;

- conoscenza e dominio tecnico delle metodologie di contrattazione;
- condivisione delle soluzioni contrattuali e delle scelte adottate in alcune realtà aziendali o regionali dell'Associazione;
- superamento della sensazione, attualmente diffusa soprattutto fra i quadri aziendali, di disagio per inadeguatezza culturale e tecnica al moderno ruolo sindacale.

Struttura

Gli eventi formativi della Scuola Quadri sono articolati in 3 tipologie di corsi di livello differente, rivolti a tipologie di quadri associativi diverse e con obiettivi specifici anch'essi diversi:

Corso base: ogni anno sono organizzati almeno 3 Corsi con l'obiettivo di fornire elementi di base costitutivi, omogenei ed esaurienti sulle materie contrattuali e su argomenti organizzativi del Ssn.

Corso avanzato: ogni anno si organizza almeno 1 Corso avanzato monotematico, a modello di master di approfondimento, su argomenti attuali di particolare interesse strategico.

Corso "promozionale": corso di aggiornamento aperto ai medici della zona individuata, iscritti e non al sindacato.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaaao Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.42.45.741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
servizi@anaao.it
www.anaao.it

direttore
Carlo Lusenti
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:

Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro, Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi, Costantino Troise
coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

hanno collaborato:
Paola Carnevale, Lorena Giudici, Ester Maragò,
Giuseppe Montante, Aldo Piperno

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia

Periodico Associato
A.N.E.S.
RIVENDITORI: PIRELLA GÖTTSCHE LOWE



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario
Via Vittore Carpaccio 18 - 00147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61 - fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)
Finito di stampare nel mese di ottobre 2007