

## LE TRAPPOLE DEL COMUNICARE

Valeria Addante

I suoi studenti di Neurofisiologia gridarono: "Professore, dica la sua frase famosa!". Sir Charles Scott Sherrington guardò, sorridendo con affetto e ammirazione.

Solo allora l'illustre premio Nobel intonò con voce baritonale: "Come una Via Lattea che entri in una specie di danza cosmica, il cervello è come un telaio incantato, in cui milioni di spolette lampeggianti intessono una configurazione che si dissolve, sempre significativa, ma mutevole, una mobile armonia di subconfigurazioni".

È una frase che i neurofisiologi citano spesso. Le spolette lampeggianti degli impulsi nervosi attraversano il cervello e trasmettono immagini, messaggi, concetti, idee, parole. Talvolta, quando comunichiamo con parole, questa struttura meravigliosa fallisce, infatti spesso non riusciamo a farci capire.

Non sono solo i discorsi fuorvianti a trasmettere informazioni false. Non è solo per ignoranza che i messaggi che generiamo divergono dalle nostre intenzioni originarie. Le comunicazioni falliscono per tante ragioni, ed ogni volta che non vanno a segno. Da qui ne conseguono incomprensioni, sconcerti, liti, danni emergenti e, talora, violenze e distruzioni.

Alcuni negativisti si sono occupati di questo importante argomento, parlando di "incomunicabilità". Ma più che dare nomi alle difficoltà che incontriamo, bisognerebbe provare a scoprirne le cause, ed i modi per rimediare.

Nelle riunioni, spesso il volume della voce è troppo basso, non si staccano bene quindi le parole tra di loro. Mormorare così in inglese si chiama "mumble", ed è considerato un segno di cattiva educazione, ma lo fanno ugualmente.

Le cose vanno ancor peggio se un ascoltatore proprio "non vuol sentire". Una vecchia strofetta diceva: Disse un merlo a un tordo vecchio: "Puoi prestarmi un po' l'orecchio? Anzi no, per meglio dire: puoi prestarmi mille lire?". Gli rispose il vecchio tordo: "Sono sordo, sono sordo".

Dunque in molti casi le comunicazioni non funzionano per cause puramente fisico-acustiche, ma succede anche quando i messaggi scritti sono illeggibili. Sembra una cosa banale, ma non lo è.

Vediamo una serie di situazioni frustranti. Chi partecipa ad un Congresso riceve solitamente, oltre ad una borsa piena di documenti e depliant, un cartellino stampato con il suo nome e la sua qualifica, e se lo attacca al bavero. Quasi sempre i caratteri usati sono microscopici e, per leggerli, bisogna avvicinarsi ai Colleghi in modo ridicolo. Se una signora porta il cartellino vicino alla scollatura, la situazione diventa imbarazzante.

La comunicazione continua ad essere pessima se gli oratori si aiutano con diapositive, o con schermate in Powerpoint. I caratteri sono troppo piccoli e, se non stai proprio sotto lo schermo, non riesci a leggerli (peggio se le scritte sono in blu su celeste, ovvero in nero su grigio).

In tutti i Corsi di grafica e comunicazione si insegna a proget-

tare in modo corretto gli angoli che sottendono le scritte in rapporto alla distanza a cui andranno lette. Si vede che tanti progettisti di cartelli e segnali stradali non hanno seguito i Corsi anzidetti.

Ai tempi antichi, le targhe con i nomi delle strade erano destinate ai pedoni, che procedono lentamente e si possono avvicinare quanto vogliono. Le lettere piccole potevano andare anche bene. Ora non più: se guidiamo l'auto, il tempo disponibile è poco (è inversamente proporzionale alla velocità), e non possiamo avvicinarci troppo ai cartelli.

Fanno eccezione lodevole i segnali stradali, grandi e chiari che sono propri delle Autostrade italiane.

È proverbiale, infine, la pessima calligrafia dei medici, anche se una ricetta interpretata male può essere letale.

Non si tratta, dunque, di fisime, né di galateo. Comunicare in modo comprensibile è vitale per migliorare il rendimento della società. È un modo per creare ricchezza o per non distruggerla. È prescrizione necessaria perché si sviluppi davvero la "società della conoscenza".

E fin qui ho detto solo dell'ascolto di parole e del riconoscimento delle singole lettere. Il problema è più complesso quando parliamo dei contenuti. Un testo può essere scritto in caratteri grandi e ben contrastati, ma risultare ugualmente incomprendibile.

Orwell suggerì regole per scrivere bene. Eccone alcune: fra due sinonimi, scegli sempre il più corto e scegli quello della lingua in cui scrivi; non usare modi di dire o similitudini che vedi spesso stampate (hanno perso ogni mordente); evita parole specialistiche, usa invece quelle della lingua corrente; evita i termini astratti, usa quelli concreti; usa la forma attiva, non quella passiva.

R. Flesch ha inventato una formula per misurare l'indice di leggibilità di un testo: si basa solo sul fatto che la lettura è più facile se le frasi e le parole sono corte.

Se le cose da dire sono tante, la concisione è impossibile, infatti dobbiamo scrivere decine o centinaia di pagine. Saranno tuttavia pochi quelli che le leggeranno tutte.

Se sono documenti di lavoro, ricordiamo che più alto è il grado del lettore, più questi avrà meno tempo per leggere.

Per questo ogni relazione, rapporto, studio, ecc., deve essere preceduto da un Sommario destinato al capo in testa (Executive Summary), lungo non più di tre pagine e capace di dare un'idea sintetica del contenuto delle 300 pagine che seguono. Dovrà anche contenere una guida al testo, che permetta di balzare direttamente alle pagine rilevanti per un fine ben individuato.

Per concludere, con il modo di parlare si diffonde da qualche anno ormai l'uso orrendo di intercalari privi di senso ed irritanti. Se accendi la radio, senti presentatori, intervistati, politici e sedicenti intellettuali ripetere "come dire?" o "voglio dire" due volte al minuto. Incredibile!

## MOBBING E MEDICO COMPETENTE

Paolo Bonarrio

Vivere costantemente immersi in una situazione di allarme, aspettandosi sempre che arrivi il peggio, non è una condizione umanamente accettabile se non per brevissimi periodi.

Il senso di avere addosso colui il quale (o coloro) che ci vogliono fare del male, influenza la vista, l'udito, la memoria e le stesse capacità di ragionamento della persona che sta subendo mobbing. Il soggetto comincia a pensare ossessivamente a tutto quello che ha fatto per cercare di trovare un episodio al quale far risalire un proprio eventuale errore grave, e di conseguenza la responsabilità di tutto quello che gli sta succedendo, ma se si tratta di vero mobbing non trova nulla.

Allora "la malattia" si insinua nel suo pensiero, che diventa inesorabilmente il laboratorio nel quale contribuire a sperimentare tutti i possibili attacchi che arriveranno e tutte le possibili modalità di difesa.

Il corpo non ha più energie da destinare ad altre funzioni; iniziano

allora i problemi seri di salute.

Già il medico del lavoro – o medico competente – può e anzi dovrebbe intervenire a tutela del lavoratore laddove venga a sapere, attraverso l'anamnesi, in corso di sorveglianza sanitaria o a causa di una richiesta straordinaria di visita da parte del lavoratore, o da terzi, che una determinata persona vive in una situazione di stress lavorativo ed accusa i primi sintomi che ad essa possono essere connessi (cefalea inaggravante in un soggetto che non ne aveva mai sofferto, mal di schiena anche in assenza di compiti che pongano sotto grande sforzo la colonna vertebrale, ansia, gastrite o colite in soggetto che non ne aveva mai sofferto, apatia, senso di solitudine).

In questo caso non si tratta di malattie gabbellate, ma il medico competente dovrebbe essere a conoscenza che possono essere le prime manifestazioni di un disagio lavorativo e, nell'interesse sia del paziente che dell'azienda in cui opera, dovrebbe passare ad una anamnesi più approfondita e, qualora il sospetto aumentasse, inviarlo al Collega psichiatra per valutare se esistano già delle ripercussioni psichiche, nonché effettuare tutti quegli accertamenti finalizzati ad evidenziare le malattie che possono presentarsi in una fase di mobbing avanzato (ipertensione, depressione, diabete, ulcere).

È un rischio psico-sociale ancora poco conosciuto e compreso (anche dal medico competente) e pertanto difficile da prevenire, ma essere preso nelle fasi iniziali può determinare miglioramenti nella salute del paziente e ridurre quindi la responsabilità di chi lo ha causato.

Inoltre, accertato che il lavoratore ha iniziato ad avere questi problemi, chiedere l'intervento a sostegno di un centro antimobbing (possibilmente promosso da associazioni di vittime ed ex vittime, e quindi con finalità di auto - mutuo - aiuto) potrebbe consentire di avere una risorsa utile a fare prendere coscienza della gravità del comportamento anche al "carnefice" che, come abbiamo detto negli articoli precedenti, a volte non si rende conto del male che sta causando ad un'altra persona.



>>> da pag. 32

e) l'impegno dovuto dai richiedenti, con riguardo anche ai tempi di realizzazione, all'eventuale terapia farmacologia da seguire, agli accertamenti strumentali e di laboratorio da esperire, alle visite ambulatoriali ed ai ricoveri, anche in day hospital, da effettuare (indicazione quantomai pertinente ed "esportabile", dal punto di vista concettuale, per qualunque trattamento medico);

f) gli effetti indesiderati e collaterali relativi ai trattamenti (corollario consequenziale della precedente previsione);

g) le probabilità di successo delle diverse tecniche (terreno viscido e problematico per definizione, ove la prudenza non sembra mai troppa, specie al fine di non indurre facili allarmismi o altrettanto ingenua euforia);

h) i rischi per la madre e per il/i nascituro/i, accertati o possibili, quali evidenziabili dalla letteratura scientifica (il medico trasferisce al richiedente il proprio dato di conoscenza al riguardo, utilizzando gli elementi di propria conoscenza, diligentemente acquisiti);

i) gli aspetti psicologici relativi ai singoli richiedenti, alla coppia e al nuovo nato (argomenti di conoscenza che, non propriamente o non del tutto, appartengono, per definizione, al patrimonio cognitivo del singolo operatore);

j) la possibilità di crioconservazione dei gameti maschili e femminili;

k) la possibilità di revoca del consenso da parte dei richiedenti fino al momento della fecondazione dell'ovulo (informazione coerente con i principi generali in materia di espressione del consenso);

l) la possibilità da parte del medico responsabile della struttura di non procedere alla procreazione medicalmente assistita esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario, motivata in forma scritta (trattasi di informazione indispensabile ma che attiene, in senso tecnico, non già alla fase dell'acquisizione del consenso per il trattamento, quanto piuttosto a quella della manifestazione delle ragioni per cui il trattamento è sconsigliabile, se non pericoloso);

m) la possibilità di crioconservazione degli embrioni nei casi conformi a quanto disposto dall'art. 14 L. 40/04.

Come si può notare, non poche sono le materie per le quali sarebbe opportuna (se non addirittura necessaria) una cognizione interdisciplinare, ove si intenda fornire al richiedente una effettiva conoscenza di aspetti, non secondari, che non attengono specificatamente alle caratteristiche medico-sanitarie dell'intervento.

Anche perché, relativamente alla individuazione dei soggetti deputati all'acquisizione del consenso ed alle modalità di approccio, il D.M. attribuisce alle "strutture autorizzate" il relativo compito, da espletare "per il tramite dei propri medici", attraverso "uno o più colloqui" tali da consentire l'acquisizione



degli elementi informativi sopra elencati "in maniera chiara ed esaustiva". Le strutture, di per sé, sono, invece, deputate "a fornire con chiarezza ai richiedenti i costi economici totali derivanti dalle diverse procedure" e, ancorché tale informativa non faccia parte di quelle per cui è necessario il consenso, essa deve intervenire "preliminarmente alla sottoscrizione del consenso informato ed al conseguente avvio del trattamento di procreazione medicalmente assistita".

Il medico, quindi, è individuato dal D.M. quale unico interlocutore dei richiedenti e al medico compete l'interlocazione più propriamente dialogico/informativa riguardo agli aspetti complessivi dell'intervento: laddove, come si è sopra visto, alcune materie oggetto di colloquio e di informativa, investano competenze afferenti ad altre specifiche professionalità, ovvero attingano alla sfera delle personali opinioni o convincimenti del medico referente e non già dell'interlocutore/richiedente.

Insomma, se, per un verso, va apprezzato lo sforzo di chiarezza dell'Autorità, per altro verso si ricava, anche da queste regole, la conferma che il medico si trova sempre più in prima linea e, soprattutto, sempre più solo al cospetto della propria coscienza (e non solo di quella professionale).

Relativamente a quest'ultima, invece, si ricava un ulteriore invito alla prudenza: perché, se è doveroso dosare la propria diligenza a seconda delle caratteristiche del caso, non è altrettanto obbligatorio essere tuttologi. Guai, allora, ad avventurarsi in terreni estranei alla propria specifica competenza; guai soprattutto perché il rischio di subirne le drammatiche conseguenze è, come sempre, dietro l'angolo.



La Corte di Cassazione (sentenza n. 1728 del 21 gennaio 2005 della terza Sezione penale) ha stabilito che non esiste nessuna incompatibilità tra la legge 300/1970 (artt. 5 e 38 dello Statuto dei lavoratori) ed il D.Lgs. 626/1994. In particolare, il medico competente ex art. 16 del D.Lgs. 626 (medico fiduciario dell'azienda) ha sì il compito di sorveglianza sanitaria, che consiste nell'indagine preventiva di eventuali controindicazioni al lavoro e in accertamenti periodici sullo stato di salute dei dipendenti, ma, in caso di malattie o infortuni dei dipendenti stessi, per verificarne le condizioni di salute e/o la regolarità delle prestazioni, si impone "il controllo imparziale dei medici del servizio sanitario pubblico" (ai sensi, appunto, degli artt. 5 e 38 dello Statuto dei lavoratori).

Mentre il contenzioso in Sanità cresce a dismisura (12.000 cause pendenti per presunti errori medici; 7.800 sinistri denunciati/anno per la RC professionale medica; 2,5 miliardi/anno di euro di risarcimento richiesti) ed il mondo intero cerca soluzioni (istituzione di un Fondo di garanzia; creazione di Unità di rischio in ogni ospedale; introduzione di "calmieri del rischio" per i reparti coinvolti in attività molto impegnative; previsione di un "tetto agli indenizzi"), in Senato è fermo da tre anni il d.d.l. Tomassini sulla nuova responsabilità professionale del medico e nella bozza ARAN di CCNL 2002-2005 il problema non viene né affrontato né risolto. Bell'esempio "dell'Italia che funziona"!

Il disavanzo 2004 della spesa farmaceutica pubblica è stato di 1,34 miliardi di euro. Il 90% del disavanzo stesso si è verificato in 4 Regioni, nell'ordine: Lazio, Sicilia, Campania, Puglia. Solo 7 Regioni sono riuscite a stare entro il tetto prefissato del 13%, con Piemonte,

Trento e Bolzano in prima fila. Due notazioni emergono: dove è più alta la spesa, la Guardia di Finanza ha anche accertato la più alta percentuale di danni per truffa sanitaria all'Erario; in ambito farmaceutico il federalismo sanitario ha creato un disordine incredibile: chi ha introdotto il ticket farmaceutico regionale; chi ha usato la leva delle addizionali regionali; chi ha ritoccato all'insù le tasse automobilistiche o ha modificato le fasce delle esenzioni, ecc. In Sanità, temo che federalismo sia sinonimo di "caos".

A fine gennaio 2005 si sono svolte le elezioni politiche in Iraq. Il giorno successivo, i Giornali italiani hanno dato fiato alle trombe dei luoghi comuni e della retorica: trionfo della democrazia, avvio della normalizzazione dell'area medio-orientale, aveva ragione l'Occidente, ecc. Come dimostrano gli avvenimenti quotidiani del dopo-elezioni, rapimento di Giuliana Sgrena compreso, ogni ottimismo era fuori luogo e, comunque, intempestivo.

A fine gennaio 2005, sulle nostre buste-paga mensili è già stato operato "l'alleggerimento fiscale" introdotto con l'ultima legge finanziaria. Alcuni Colleghi non se ne sono neppure accorti, vista l'esiguità del beneficio. Io me ne sono accorto. Invito tuttavia, come ho già fatto, a non sopravvalutare il valore del provvedimento: il rendiconto tra benefici e malefici introdotti dalla finanziaria per il 2005, bisogna aspettare a farlo a fine anno, e sono convinto che per noi, complessivamente, sarà in perdita.

Dalle tabelle ISTAT e relativi coefficienti di attualizzazione, risulta che il costo della vita è aumentato di 25 volte

negli ultimi 50 anni e di 15 volte negli ultimi 30 anni. Anche i nostri stipendi hanno subito all'incirca tale evoluzione. Tuttavia alcuni generi di largo consumo sono cresciuti, nello stesso periodo, molto di più (pane, caffè, scarpe, cinema, autobus, casa, alberghi, ristoranti, ecc.). Se poi aggiungiamo a tutto questo il "pasticciaccio brutto" dell'euro, e delle analisi addomesticcate dell'ISTAT (in tema di accertamento della svalutazione reale), ecco spiegato perché ci sentiamo più poveri, anzi siamo più poveri.

Si è risolto in un modestissimo spostamento di Colleghi dall'intra all'extra-moenia (circa 1.500 Colleghi, dato semidefinitivo), la prima possibilità di recedere dal rapporto esclusivo (consentita dall'art. 2-septies della legge 138/2004). Che lo spostamento sarebbe stato marginale, era più che evidente, viste le penalizzazioni economiche che continuano a gravare sugli esercenti l'extra-moenia, con le conseguenti ricadute negative previdenziali. Ma anche per l'aspetto normativo (accesso agli incarichi di direzione di struttura complessa), le cose non sono del tutto pacifiche, visto l'orientamento assunto dalle Regioni che guardano "a sinistra" (Toscana, su tutte). Ben diverso e maggiore sarebbe lo spostamento (dall'intra all'extra-moenia), qualora (e malauguratamente, a mio parere) non dovesse essere prorogata, dalla legge o dal contratto, la data (31/07/2005) entro la quale è consentito l'esercizio (per i medici a rapporto esclusivo) della cosiddetta "intra-moenia allargata". A buon intenditor, ...

Sta avanzando alla Camera una proposta di legge a tutela del parto e per contrastare l'eccesso di tagli cesarei. Analizzando però la proposta, si vede come accanto a principi condivisibili

(che vogliono favorire il parto fisiologico, meglio se indolore; l'umanizzazione delle cure con una maggior vicinanza madre-figlio dopo la nascita; il contenimento dell'abuso dei tagli cesarei) ce ne sono altri francamente originali, o addirittura sconvolgenti, quali l'equiparazione del DRG del parto vaginale a quello del parto cesareo e l'obiettivo di stimolare la richiesta, da parte della gestante, di "partorire a domicilio". Ma davvero vogliamo riportare la mortalità e la patologia perinatale a quella di 50-60 anni fa? Condivido la valutazione del Prof. Antonio Chiantera, Responsabile nazionale AOGOI, "tanto fumo, poco arrosto", con una annotazione: e se quel poco di arrosto fosse anche bruciato?



Il Comitato ristretto della Commissione lavoro del Senato ha presentato ai primi di febbraio un testo unificato, che raccoglie diverse proposte di legge, in materia di mobbing, e nel quale viene fornita una definizione del mobbing applicabile a tutte le tipologie di lavoro: ossia ogni atto o comportamento adottati dal datore di lavoro, dal committente, da superiori o da pari grado, con carattere sistematico, intenso e duraturo, che siano finalizzati a danneggiare l'integrità psicofisica della lavoratrice o del lavoratore. Il testo prevede misure disciplinari nei confronti di chi metta in pratica attività persecutorie, ma anche di chi denunci consapevolmente atti o comportamenti persecutori inesistenti, al fine di trarre vantaggio per sé o per altri. Sul piano giudiziario sono previste tre forme di tutela: a) quella inhibitoria, al fine di prevenire o far cessare il comportamento persecutorio; b) quella risarcitoria (qualora da comportamenti o atti mobbizzanti derivi un pregiudizio per il lavoratore); c) la impugnabilità-annullabilità degli atti illeciti con finalità persecutorie, che portino a variazioni di qualifiche o incarichi, a trasferimenti, a dimissioni, ecc. Speriamo che il tutto non si limiti alla sola istituzione di Commissioni contrattuali sul fenomeno del mobbing (come, a suo tempo, per le Commissioni pari-opportunità)!



Su "Il Sole-24 Ore" del 7/02/2005 si è molto parlato della legge sulla privacy, in occasione della fine del mandato del Presidente dell'Authority, Stefano Rodotà, che sarà prossimamente sostituito da un'altra Autorità garante. A parte il non esaltante risultato emerso da un'indagine del Giornale anzidetto, che ha accertato che l'87% dei cittadini "sa della legge", ma ben il 62% ne ignora i contenuti, posso dire (per averla studiata in vista del Seminario invernale CIMO di Pontresina) che la legge sulla privacy (D.Lgs. 196/2003, meglio conosciuta come "Codice in materia di protezione dei dati personali") è una congerie di 186 articoli, di numerosi allegati, di disciplinari tecnici, di Codici di deontologia e di buona condotta in materia di comunicazione e trattamento di dati personali. Insomma, una legge assolutamente inapplicabile, per come sta scritta, anche perché le norme di questa opera enciclopedica si contraddicono l'un l'altra. Se fosse puntualmente applicata, specie in materia di trattamento dei dati sanitari, ci renderebbe l'attività professionale veramente difficile. Ma possibile che in Italia il Legislatore non si ponga il problema della corretta applicazione delle leggi che emana, bastandogli l'effimero risultato di poter dire (anche alla madre non sempre benevola, di nome Europa) "vedi che Io ho scritto, di più e meglio, di quanto Tu abbia fatto, anni fa, con specifica Direttiva ...".



Il 9 febbraio 2005, si sono bruscamente interrotte le trattative all'ARAN per il rinnovo del CCNL di area medica 2002-2005. Le ragioni sostanziali della rottura sono: la pervicace volontà dell'ARAN di rinnovare il contratto praticamente a costo zero, cioè riducendo da 4 a 2 le ore settimanali riservate ad attività di studio, formazione, didattica, ricerca, ecc., e non prevedendo per il secondo biennio economico (2004-2005) risorse almeno sufficienti a rispettare gli accordi generali sul costo del lavoro del 1992-93 (che garantiscono il ristoro dell'inflazione programmata più il differenziale tra inflazione programmata e reale registratosi nel biennio precedente, cioè almeno il + 6% a fronte del + 4% circa finora offerto). Lo stesso giorno le OO.SS. mediche della dirigenza hanno proclamato lo stato di agitazione e annunciato un prossimo sciopero della categoria, in attesa dell'obbligatorio "tentativo di conciliazione" al Ministero del Lavoro. Vi ricordo che il nostro contratto è scaduto tre anni e mezzo fa (31/12/2001).



Il 17 febbraio 2005 è fallito il tentativo di conciliare la vertenza contrattuale dei medici dipendenti, infatti al Ministero del Lavoro non si sono neppure presentati l'ARAN, le Regioni, il Comitato di settore (era presente solo un dirigente della Funzione pubblica). Ed allora alle 42 Sigle sindacali della dirigenza medica non è rimasto che confermare uno sciopero generale e unitario per venerdì 4 marzo 2005. Bene, sacrosanto, finalmente! Ma almeno tra noi, parliamo chiaro: tanto unita la categoria sindacale purtroppo non è, visto che l'ANAAO di per sé, come sempre, non solo sarebbe disposta al compromesso indecente delle 2 ore anzidette, ma addirittura propone la possibilità di considerare le attività di guardia medica "fuori orario contrattuale di lavoro" (e pagate forfettariamente). Passasse tale ipotesi, Ve lo immaginate che fine farebbero le attuali dotazioni organiche ed i livelli occupazionali della nostra categoria? Per quanto riguarda lo sciopero, Voi sapete bene che in un servizio pubblico essenziale, come il nostro, la proclamazione dello sciopero ha più che altro una funzione "di deterrenza", in quanto praticamente esso non può essere concretizzato, se non si vogliono ledere gravemente diritti fondamentali riconosciuti a tutti i cittadini e che, in una logica di contenimento con il nostro diritto di sciopero, non possono che prevalere. Mentre scrivo queste note (23 febbraio), spero ancora che "la politica" (quella con la P maiuscola) prenda in mano la vertenza per risolverla, evitandoci così la "prova di forza" del 4 marzo. Quando Voi leggerete questa nota, si saranno già svolte le elezioni regionali (3-4 aprile 2005). Ed allora prevedo che se la vertenza non sarà risolta, le elezioni di aprile registreranno una cocente sconfitta dell'attuale maggioranza di Governo (come è già avvenuto nelle elezioni europee, nelle recenti amministrative parziali e nelle elezioni suppletive).



## IL DIRETTORE RISPONDE

Carlo Sizia

### Godimento ferie pregresse: questione controversa

*Il dott. G.S. ci scrive: "Anche a nome di altri Colleghi dello stesso ospedale, ci chiediamo come sia stato risolto, in giro per l'Italia, il problema del godimento delle ferie arretrate. Il riferimento contrattuale lo conosciamo, ma non c'è qualche altra soluzione «fai da te» che venga incontro sia alle esigenze dei Colleghi sia a quelle delle amministrazioni o, meglio, dei Revisori dei conti? Una ipotesi consistente nel limitare a 30 giorni le ferie «trasportabili» da un anno all'altro, come la vedrebbe la CIMO-ASMD?».*

Da quando faccio il sindacalista (30 anni) la normativa contrattuale in materia di ferie è stata sempre molto chiara: le ferie vanno godute nell'anno di maturazione, salvo che ciò non sia reso possibile "da indifferibili esigenze di servizio o personali". In tal caso "dovranno essere fruiti entro il primo semestre dell'anno successivo" (art. 21, c. 11, CCNL1994/97 di area medica).

Il fatto che la nostra categoria, nonostante la chiarezza della norma, storicamente ci abbia "un po' marciato", cumulando un gran numero di "ferie non godute", è dipeso dal fatto che esiste una norma che deroga dal principio contrattuale secondo cui le ferie "sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili". Tale deroga si ha all'atto della cessazione del rapporto di lavoro dipendente. In tal caso, "qualora le ferie spettanti a tale data non siano state fruiti per esigenze di servizio o per cause indipendenti dalla volontà del dirigente, l'azienda o ente di appartenenza procede al pagamento sostitutivo delle stesse" (art. 21, c. 13, CCNL 1994/97). Cumulando centinaia di giornate di ferie, è evidente che si matura, all'atto della dimissione, il diritto ad avere una sorta di "piccola liquidazione aggiuntiva".

Recentemente qualche novità in materia è stata introdotta dai decreti legislativi 66/2003 e 213/2004, che hanno recepito in Italia direttive europee in materia di organizzazione del lavoro. In particolare, il D.Lgs. 213/2004 (nel modificare l'art. 10, c. 1, del D.Lgs. 66/2003) ha precisato che il periodo di ferie "va goduto per almeno due settimane, consecutive in caso di richiesta del lavoratore, nel corso dell'anno di maturazione e, per le restanti due settimane, nei 18 mesi successivi al termine dell'anno di maturazio-



ne".

L'ARAN ha cercato di chiarire la materia, convocando le OO.SS. mediche per giungere ad una interpretazione autentica della normativa contrattuale sulle "ferie pregresse non godute", ma non si è raggiunto l'accordo perché l'ARAN voleva che si sancisse che erano godibili (o, in alternativa, monetizzabili) solo le ferie non godute relative all'anno precedente rispetto a quello in cui si richiedeva l'esercizio del diritto stesso.

I riflessi contabili delle "ferie pregresse" non sono sfuggiti ai Consigli nazionali dei dottori commercialisti e dei ragionieri, che hanno sostenuto (documento 19/2003) la necessità dell'iscrizione in bilancio (con imputazione nell'ambito dei Debiti, o nell'ambito dei Fondi per oneri) dell'ammontare corrispondente al costo per le ferie maturate in favore dei dipendenti e non ancora liquidate o fruiti. Ciò sarebbe coerente: con i principi della competenza, della prudenza, della correlazione tra costi e ricavi e favorirebbe anche la possibilità di contenere il fenomeno delle ferie pregresse, che altrimenti tenderebbe ad aumentare.

Quando la magistratura è stata chiamata in causa per dirimere le controversie in materia di godimento delle ferie non fruiti negli anni pregressi, si è generalmente espressa a favore del dipendente, ma solo in presenza della circostanza della cessazione del rapporto di lavoro del dipendente in questione, e ove fosse dimostrato che le ferie non erano state godute a tempo debito per esigenze di servizio o, comunque, per cause indipendenti dalla volontà del lavoratore.

Infine, l'art. 5, c. 2, delle code contrattuali (sottoscritte definitivamente il 10/02/2004) prevede che "Nei casi di mobilità volontaria, il diritto alla fruizione delle ferie maturate e non godute è mantenuto anche con il passaggio alla nuova azienda, salvo diverso accordo tra l'azienda di provenienza ed il dirigente per l'applicazione del comma 1" (cioè del comma che prevede il pagamento sostitutivo da parte dell'azienda di provenienza delle ferie non godute).

Tutto ciò premesso, conviene, in sede locale, addivenire ad una transazione bonaria con l'amministrazione, il più vantaggiosa possibile per il dipendente, ma in via di pura sanatoria e ancor prima che i decreti legislativi prima citati trovino un loro recepimento contrattuale. Codificare la "trasportabilità" di 30 giorni di ferie da un anno a quello

successivo, può portare ad una certa elasticità nel godimento del diritto, ma il problema non è tanto di portare il diritto maturato nell'anno  $x$  all'anno  $x+1$  per goderlo, ma di poter cumulare le ferie di più anni per goderle (o monetizzarle) in un determinato anno, o al termine del rapporto di lavoro, problema che rimane aperto e di difficile soluzione ai sensi delle norme vigenti (di legge e contrattuali).

VVV

### Rapporto di dipendenza: è meglio quello pubblico o quello privato?

*Il dott. C.S. ci scrive: "Sono un dirigente medico, già di 1° livello e oggi a tempo pieno con rapporto esclusivo. Ho iniziato a lavorare in ospedale pubblico nel 1986 e dal 1993 sono ex aiuto X livello. Il quesito specifico è il seguente: a) se passassi ad una struttura privata secondo il contratto AIOP, inquadrato come aiuto, quali vantaggi o svantaggi avrei dal punto di vista economico, previdenziale e normativo, in senso lato?; b) le garanzie sono inferiori rispetto a quelle assicurate dal rapporto di dipendenza pubblico?"*

1. L'eventuale passaggio dal rapporto di dipendenza pubblico a quello privato (contratto AIOP) non comporterebbe vantaggi dal punto di vista economico. Infatti la retribuzione complessiva sarebbe inferiore a quella propria dei medici dirigenti dell'area medica del Comparto sanitario di un buon 15-20%. A riprova di ciò, la principale richiesta dei rappresentanti AIOP è, storicamente, quella di "essere equiparati ai medici pubblici dipendenti". Nell'ambito del contratto AIOP ci sono ancora le distinzioni funzionali: assistente, aiuto, responsabile, e vige ancora (accanto al rapporto a tempo pieno) quello a tempo definito.

2. Dal punto di vista normativo, gli istituti sono simili (orario di lavoro, guardie, pronte disponibilità, ferie, malattia, ecc.). La libera professione è normata in modo simile, anche se c'è forse maggior larghezza e liberalità nel concedere, anche ai medici a tempo pieno, la possibilità dell'esercizio della libera professione (sia nella forma intramoenia, allargata o no, che nella forma extramoenia).

3. Dal punto di vista previdenziale, se si lascia la dipendenza pubblica (regime INPDAP) prima di aver maturato i requisiti minimi per la pensione, i contributi INPDAP vengono ricongiunti all'INPS (senza oneri a carico dell'iscritto) e tale Istituto provvederà poi a liquidare la pensione secondo le regole proprie (leggermente meno vantaggiose, oggi, rispetto alle regole INPDAP). Il maturato di liquidazione o buonuscita, acquisito nel rapporto pubblico dipendente (ex INADEL, oggi INPDAP), le verrebbe invece liquidato, su Sua richiesta, al più tardi entro 9 mesi dalla cessazione del rapporto pubblico dipendente.

In definitiva e complessivamente, oggi il rapporto di dipendenza pubblico fornisce maggiori tutele alla categoria medica.

### Può essere discriminata chi gode delle tutele per la maternità?

*La dott.sa A.C. ci scrive: "Lavoro come dirigente medico di 1° livello presso un reparto ospedaliero che, da circa un anno, è in sotto-organico di 1 unità. A parziale riconoscimento del nostro lavoro supplementare svolto nel 2004 per compensare il medico non sostituito, è stata corrisposta ai medici una ulteriore "retribuzione di risultato", ben quantizzata, che però non è stata equamente suddivisa tra i diversi componenti dell'équipe medica. In particolare, solo alla sottoscritta è stato corrisposto il 30% in meno degli altri Colleghi. Tale penalizzazione economica è stata giustificata dal Primario con il fatto che la sottoscritta non svolge lavoro notturno, in quanto madre di una bambina di età inferiore ai 3 anni, come previsto per legge. Vorrei sapere se tale comportamento rientra nella discrezionalità del Primario e/o della ASL e se non vi sia invece, come penso, una arbitraria violazione delle norme a tutela della maternità".*

Escluderei la validità, logica e normativa, della giustificazione addotta dal Primario ai fini della penalizzazione economica da Lei patita sulla voce della retribuzione di risultato.

Infatti la circostanza che Lei non presti lavoro notturno per i benefici di cui al D.Lgs. 151/2001, non comporta affatto una contestuale riduzione dell'orario di lavoro settimanale complessivo.

Inoltre, solitamente la retribuzione di risultato non è legata alla resa di un extraorario settimanale aggiuntivo, ma alla partecipazione alla realizzazione di un obiettivo prestazionale concordato in sede di confronto aziendale.

Approfondisca quindi in sede locale (con il nostro rappresentante sindacale, e degli altri sindacati medici) l'iter che ha portato alla discriminazione da Lei patita (attribuzione del budget all'U.O.; assegnazione degli obiettivi; partecipazione agli, e verifica degli, obiettivi stessi; distribuzione ai singoli componenti della U.O. della retribuzione di risultato). Quanto sopra deve rappresentare oggetto di confronto azienda-sindacati medici e produrre delle intese scritte e sottoscritte dalle Parti in causa.

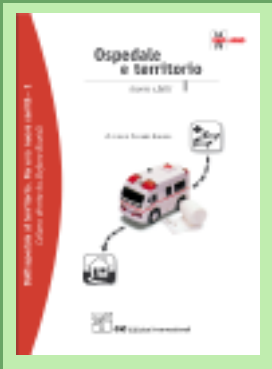
Un certo grado di discrezionalità, purtroppo, è insito nell'istituto della retribuzione di risultato, ma non può mai sconfinare nell'abuso.

# DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO PER UNA NUOVA SANITÀ

COLLANA DIRETTA DA STEFANO BIASIOLI  
IN COLLABORAZIONE CON



ASSOCIAZIONE  
SINDACALE  
MEDICI  
DIRIGENTI



## OSPEDALE E TERRITORIO

teoria e fatti

A cura di  
Stefano Biasoli

Volume di  
104 pagine  
f.to cm. 15 x 21  
brossurato

€ 12,00

## DOCUMENTI

### Le linee guida “vicentine” valutazioni, schede, servizi

A cura di  
Luigi Dal Sasso

Volume di  
246 pagine  
f.to cm. 15 x 21  
brossurato

€ 15,00



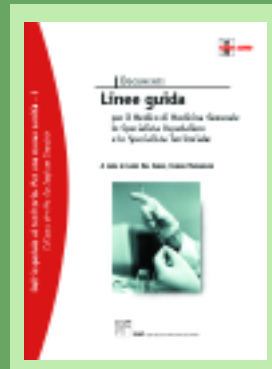
## DOCUMENTI

### Linee guida per il medico di medicina generale lo specialista ospedaliero e lo specialista territoriale

A cura di  
Luigi Dal Sasso  
e Chiara Marangon

Volume di  
152 pagine  
f.to cm. 15 x 21  
brossurato

€ 13,00



## DOCUMENTI

### La normativa su “ospedale e territorio”

A cura di  
Stefano Biasoli  
e Luciano Mulas

Volume di  
392 pagine  
f.to cm. 15 x 21  
brossurato

€ 20,00

