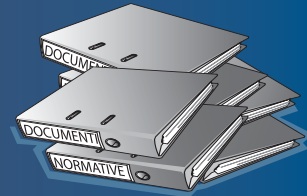


# Documenti



## LE RELAZIONI SINDACALI

Carlo Sizia

Limito la mia analisi alla più recente normativa contrattuale, in particolare al Titolo II del CCNL 2002-2005 "Relazioni e diritti sindacali" (articoli da 3 a 9), che attiene agli aspetti decentrati delle relazioni sindacali. Le relazioni sindacali nazionali sono invece materia normata per legge, questione "da iniziati", e sono spesso viziate da irritualità e disinvolture gravi rispetto al dettato normativo.

**Art. 3** l'articolo 3 del nuovo contratto conferma il precedente sistema delle relazioni sindacali, vale a dire i due livelli di contrattazione (contrattazione collettiva nazionale e contrattazione collettiva integrativa a livello aziendale), nonché le altre forme di relazioni sindacali: concertazione, consultazione, informazione, interpretazione autentica dei contratti collettivi (art. 12 CCNL 8/06/2000). Conferma altresì la normativa relativa ai Comitati per le pari opportunità, ai soggetti sindacali titolari alle relazioni stesse, alla composizione delle delegazioni negoziali, alle clausole di raffreddamento dei conflitti (artt. 8,9,10,11 del CCNL 8 giugno 2000).

Lo stesso art. 3 ribadisce i contenuti di tre articoli (2,3 e 4) delle cosiddette "code contrattuali" 10/02/2004, cioè il diritto di assemblea (i dirigenti hanno diritto di partecipare, durante l'orario di lavoro, ad assemblee sindacali per 12 ore annue pro-capite senza decurtazione della retribuzione), la disciplina dei contributi sindacali (facoltà del dirigente di rilasciare delega a favore dell'organizzazione sindacale prescelta per il pagamento dei contributi sindacali, con trattenuta operata dalle singole aziende), il patronato sindacale (facoltà dei dirigenti di farsi rappresentare, davanti ai competenti organi aziendali, dai sindacati di fiducia o dall'istituto di patronato sindacale per l'espletamento delle procedure riguardanti prestazioni assistenziale e previdenziali).

**Artt. 4 e 5** rappresentano il nucleo fondamentale delle relazioni sindacali, disciplinando le materie oggetto di contrattazione collettiva integrativa, nonché i tempi e le procedure per la stipula ed il rinnovo del contratto collettivo integrativo (CCI). Secondo l'art. 4, le materie destinate alla contrattazione collettiva integrativa sono distinte in due categorie: a) quelle che comportano necessariamente la stipula di un

accordo tra le Parti; b) quelle che non necessitano di un accordo scritto e sottoscritto. Tra le prime sono annoverate: - la individuazione delle posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati dagli scioperi (ai sensi delle leggi 146/90 e 83/2000, e soprattutto dell'accordo ARAN-sindacati del 26 settembre 2001, che comporta appunto l'individuazione, con regolamento aziendale, dei dirigenti inclusi nei contingenti tenuti all'erogazione delle prestazioni necessarie e perciò esonerati dall'effettuazione degli scioperi); - i criteri generali per le seguenti 5 materie:

**1.** la definizione della percentuale delle risorse del fondo di risultato (art. 56) da destinare alla realizzazione degli obiettivi assegnati alle articolazioni interne delle aziende. La retribuzione di risultato è comunque: correlata alla realizzazione degli obiettivi; corrisposta a consuntivo; dopo i processi di verifica e valutazione (trimestrale, annuale);

**2.** l'attuazione dell'art. 43 della legge 449/97 (sono le cosiddette "sponsorizzazioni delle aziende", i cui proventi sono destinati, in tutto o in parte, a beneficio del personale);

**3.** la distribuzione delle risorse contrattuali tra i fondi di cui agli artt. 54,55,56 e delle risorse regionali di cui all'art. 57;

**4.** le modalità di attribuzione ai dirigenti non apicali della retribuzione collegata ai risultati ed agli obiettivi e programmi assegnati secondo gli incarichi di ciascuno;

**5.** lo spostamento di risorse tra i fondi contrattuali e al loro interno la finalizzazione tra i vari istituti nonché la rideterminazione degli stessi istituti in conseguenza della riduzione di organico derivante da stabili processi di riorganizzazione previsti dalla programmazione regionale.

Evidentemente per la contrattazione collettiva integrativa si utilizzano le risorse di cui agli artt. 54,55,56, fatte salve le eventuali risorse aggiuntive regionali e i proventi delle "sponsorizzazioni" ottenute dalle aziende.

Tra le materie che non implicano necessariamente il raggiungimento dell'accordo (entro i 30 giorni dall'inizio delle

trattative, termine eventualmente prorogabile di ulteriori 30 giorni) sono annoverate:

- le linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali di formazione manageriale e continua (art. 4, c. 2, sub C);
- le pari opportunità (art. 4, c. 2, sub D);
- i criteri generali su tempi e modalità di attuazione del D.Lgs. 626/94, e s.m.e i., circa le tutele in materia di igiene, ambiente, sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro (art. 4, c. 2, sub E);
- le implicazioni derivanti dagli effetti delle innovazioni organizzative, tecnologiche e dei processi di esternalizzazione, disattivazione o riqualificazione e riconversione dei servizi, sulla qualità del lavoro, sulla professionalità e mobilità dei dirigenti (art. 4, c. 2, sub F);
- i criteri generali per la definizione dell'atto aziendale sulla libera professione intramuraria (art. 4, c. 2, sub G).

Su quattro delle materie anzidette (distribuzione di risorse tra i fondi; spostamento di risorse tra i fondi; formazione manageriale e continua; libera professione intramuraria) ha titolo di intervenire la Regione di appartenenza con linee generali di indirizzo, previo confronto con le OO.SS. firmatarie (art. 9 CCNL 2002-2005).

Esiste infine una norma contrattuale (che potremmo definire "di salvaguardia", per entrambe le Parti contraenti) secondo cui "i contratti collettivi integrativi non possono essere in contrasto con vincoli e limiti risultanti dai contratti collettivi nazionali e si svolgono sulle materie stabilite nel presente articolo" (art. 4, c.5).

Circa tempi e procedure per la stipulazione del CCI (art. 5), è utile richiamare i seguenti principi:

- la loro durata quadriennale (parte normativa) e biennale (parte economica), salvo che per l'individuazione e l'utilizzo delle risorse (cadenza annuale), sempre da definirsi in una unica sessione negoziale (c. 1);
- la piena trattabilità (c. 2), da subito, di tutta la materia destinata alla negoziazione aziendale, ove la Regione dichiara ufficialmente di non avvalersi della facoltà di emanare linee di indirizzo sugli aspetti di competenza concorrente, e comunque anche su quelli, decorso il termine di 120 giorni dall'entrata in vigore del presente contratto (termine scaduto il 3/03/2006);
- l'obbligo dell'azienda di costituire la delegazione di parte pubblica entro 30 giorni dalla stipulazione del contratto vigente e di convocare le OO.SS. titolate entro 15 giorni dalla presentazione delle piattaforme (c.3);

- il controllo sulla compatibilità dei costi della trattativa aziendale è affidata al Collegio sindacale, che riceve (entro 5 giorni dalla sigla) l'ipotesi di contratto collettivo integrativo, corredato dall'apposita relazione illustrativa tecnico-finanziaria. Trascorsi 15 giorni senza rilievi, il contratto viene sottoscritto; in caso contrario la trattativa riprende entro 5 gg. dalla comunicazione (c. 4);

- i CCI devono contenere clausole circa tempi, modalità e procedure di verifica della loro attuazione; conservano la loro efficacia fino alla stipula di contratti successivi e devono essere inviati all'ARAN entro 5 gg. dalla sottoscrizione (commi 5 e 6).

Criticità della CCI. Esse riguardano principalmente:

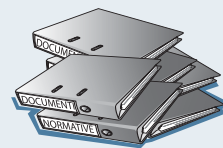
- sfasature cronologiche: tra contratti nazionali e decentrati; la necessità di informazione preventiva dettagliata almeno su costituzione dei fondi contrattuali, loro evoluzione ed incremento, loro trasformazione; contestualità del calcolo-pagamento degli arretrati e del confronto regionale su linee di indirizzo circa specifiche materie di competenza concorrente Regioni-ASL;
- la possibilità di definire, ed in tempi ragionevoli, una piattaforma aziendale comune tra le OO.SS. mediche titolate;
- la esiguità delle risorse economiche aggiuntive, effettivamente gestibili in modo autonomo a livello aziendale;
- la storica, reciproca sfiducia tra le Parti negoziali, con conseguenti atteggiamenti reticenti, ostruzionistici o furbeschi, che altro non può determinare se non ritardi nel raggiungere le intese necessarie.

**Art. 6** e veniamo alle relazioni sindacali più deboli o, se preferite, meno efficaci. Si tratta della informazione, concertazione e consultazione (art. 6, c.1, sub A,B,C,), diritti tutti che sono riconosciuti alle RSA firmatarie.

L'informazione (sub A) deve comunque essere "tempestiva e periodica", e può essere "preventiva o successiva". Sarà obbligatoriamente preventiva sulle materie oggetto di contrattazione collettiva integrativa, di concertazione, di consultazione. Sulle restanti materie deciderà la contrattazione collettiva integrativa quali richiedano la informazione preventiva o successiva.

Sono oggetto di informazione gli atti organizzativi di valenza generale concernenti "il rapporto di lavoro, l'organizzazione degli uffici, la gestione delle risorse umane, la costituzione dei fondi contrattuali" (a nostro giudizio tutte questioni necessitanti di informazione preventiva).

L'informazione deve avere "cadenza almeno annuale" ed, in



ogni caso, in presenza di iniziative concernenti "linee di organizzazione degli uffici e dei servizi ovvero per l'innovazione tecnologica nonché per gli eventuali processi di dismissione, esternalizzazione e trasformazione degli stessi".

La concertazione (sub B) è un istituto che può essere attivato, mediante richiesta scritta, dalle OO.SS. titolate, dopo aver ricevuto l'informazione di cui al punto precedente.

La concertazione riguarda 5 materie:

- affidamento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali;
- articolazioni delle posizioni organizzative, delle funzioni e delle connesse responsabilità ai fini della retribuzione di posizione;
- criteri generali di verifica-valutazione dei dirigenti;
- articolazione dell'orario e dei piani per assicurare le emergenze (anche la disciplina della pausa-mensa è materia oggetto di concertazione);
- condizioni, requisiti e limiti per il ricorso alla risoluzione consensuale del rapporto di lavoro (art. 22 CCNL 8 giugno 2000).

Tempi e modi della concertazione: si svolge in appositi incontri, che iniziano entro 48 ore dalla relativa richiesta e si concludono tassativamente entro trenta giorni dalla data della richiesta anzidetta.

Dell'esito della concertazione è redatto verbale dettagliato (anche con produzione di documenti, da allegare al verbale, su iniziative delle singole Parti), da cui risultino le posizioni di parti datoriale e sindacale, pur riassumendo le stesse, al termine della concertazione, i propri distinti ruoli e responsabilità.

La consultazione (sub C), prima degli atti interni di organizzazione aventi riflessi sul rapporto di lavoro, è facoltativa, e si estende anche agli atti organizzativi operanti in ambiti sovra aziendali (aree vaste, quadranti, ecc).

E' invece obbligatoria (la consultazione):

- a) in materia di organizzazione e disciplina di strutture, servizi e uffici, compresi dipartimenti e distretti;
- b) in materia di consistenza e variazione delle dotazioni organiche;
- c) in materia di disposizioni organizzative relative alle tutele che riguardano l'igiene, la sicurezza e la prevenzione in ambiente di lavoro (art. 19 D.Lgs. 626/94, e s.m.e i.).

L'art. 6, ai commi 2,3,4, prevede poi tre appendici di "relazioni sindacali", cioè la costituzione di Commissioni o Conferenze, una facoltativa (costituzione a richiesta) e due obbligatorie. Si tratta:

1. in sede aziendale, della costituzione (facoltativa) di Commissioni bilaterali ovvero Osservatori, di composizione paritetica e senza funzioni negoziali, per approfondire specifiche problematiche concernenti: l'organizzazione del lavoro in relazione a processi di riorganizzazione, riconversione, disattivazione di strutture; ambiente, igiene e sicurezza del lavoro; attività di formazione. Le Commissioni anzidette raccolgono dati e formulano proposte in ordine ai temi anzidetti;

2. in ogni Regione, della costituzione (obbligatoria) di una Conferenza permanente con rappresentanti delle Regioni, dei direttori generali e delle OO.SS. mediche titolate, per approfondire, almeno due volte l'anno, anche in relazione all'applicazione del contratto, qualità e quantità dei servizi resi e l'andamento degli istituti della produttività, della formazione, dell'occupazione e della mobilità, nonché il monitoraggio del fenomeno "mobbing";

3. a livello nazionale, della costituzione (obbligatoria) di una Conferenza nazionale, con rappresentanti dell'ARAN, della Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni, delle OO.SS. mediche firmatarie, per approfondire, almeno una volta all'anno, gli effetti derivanti dall'applicazione del contratto, con particolare riguardo agli istituti della produttività, della formazione e occupazione, della mobilità.

Criticità: l'art. 6 (che non è una novità dell'ultimo contratto) è uno dei più disapplicati del contratto di area medica, come rilevo dall'osservatorio privilegiato del "Servizio quesiti" della CIMO-ASMD.

E non mi riferisco solo agli istituti della informazione (che è di modesta utilità, specie se le informazioni è "successiva") o della consultazione (che talvolta è addirittura facoltativa), ma soprattutto all'istituto della concertazione. Infatti tale istituto è centrale e propedeutico in materie fondamentali come: la disciplina della graduazione delle funzioni; l'attribuzione, il mutamento e la revoca degli incarichi; i criteri e i meccanismi che regolano la verifica e valutazione sulle attività gestionali e professionali dei dirigenti (e relativi risultati), materia su cui anche le Regioni possono dare linee di indirizzo; l'articolazione dell'orario e dei piani per assicurare le emergenze, ecc. Infatti, anche se dall'esito della concertazione non nasce un'intesa scritta e sottoscritta, tale forma di relazione sindacale (pur nel tempo esiguo ad essa concesso) consente:

- alle Parti di anticipare, chiarire e ufficializzare-verbalizzare le rispettive posizioni;
- di predisporre tempestivamente una linea coerente ed effi-

cace di tutela della categoria rispetto ad istituti sui quali la Controparte pubblica ha potestà di intervento normativo privilegiato;

- di convincere, talvolta, la Controparte sulla bontà delle posizioni, e dei suggerimenti, di parte sindacale, anche se la responsabilità finale di disciplinare gli istituti rimessi a tale forma di relazione sindacale è riservata alla parte datoriale.

**Art. 7** tale articolo del CCNL 2002-2005 prevede l'istituzione del Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing (forma di violenza morale o psichica in occasione di lavoro attuato dal datore di lavoro o da altri dipendenti).

Tale articolo, che si inserisce nella stessa logica, ed in modo coordinato, con il Comitato per le pari opportunità di cui all'art. 8 del CCNL 8 giugno 2000, mira a studiare il fenomeno per prevenirlo, rilevarlo e contrastarlo efficacemente. A tali fini il Comitato formulerà proposte di azioni positive e per la definizione di Codici di condotta.

Non ritengo, in questa sede, di approfondire ulteriormente il tema.

**Art. 8** l'articolo, che titola "Norma di rinvio e integrazioni", specifica (comma 1) che per quanto riguarda le prerogative ed i diritti sindacali, si fa riferimento al CCNQ vigente nel tempo. Oggi opera il CCNQ 3/10/2005 che, per il calcolo dei permessi sindacali aziendali, prende a riferimento 37 minuti per dirigente in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, monte-ore che viene poi ripartito nelle amministrazioni tra le OO.SS. rappresentative, in proporzione della rispettiva consistenza associativa.

Lo stesso CCNQ attribuisce alla CIMO-ASMD nazionale un monte di 1900 ore per le riunioni dei propri organismi direttivi statutari.

Al comma 2 (rafforzato dalla dichiarazione a verbale congiunta n. 4 al CCNL vigente) è specificato che il diritto alla fruizione delle prerogative sindacali (permessi, distacchi, ecc.) discende dall'ammissione della Organizzazione sindacale in questione alla contrattazione nazionale, mentre il diritto alla partecipazione alla contrattazione integrativa discende dalla sottoscrizione del contratto collettivo nazionale di categoria.

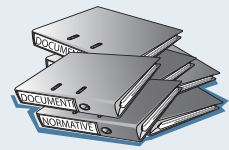
**Art. 9** tale articolo, che titola "Coordinamento regionale", introduce di fatto una nuova forma di relazione sindacale a livello regionale (qualificata come "confronto").

È un articolo ricco di contraddizioni perché: ribadisce

"l'autonomia contrattuale delle aziende", negando ipocritamente proprio il ruolo del coordinamento regionale, di cui si avverte invece la necessità; lascia la discrezionalità alle Regioni ("possono") di emanare linee di indirizzo su una serie di materie importanti; non specifica lo strumento attraverso il quale le Regioni possano incidere efficacemente sulle decisioni delle aziende del proprio ambito territoriale (Circolare applicativa, delibera di Giunta, provvedimento legislativo di tipo organizzatorio?); è detto anche che il sistema delle relazioni sindacali regionali (secondo protocolli da definire tra OO.SS. firmatarie e Regione, da inviare poi all'ARAN) "prevederà gli argomenti e le modalità di confronto con la medesima su materie non contrattuali aventi riflessi sugli istituti disciplinati dal presente contratto", tra cui la verifica dell'entità dei finanziamenti dei fondi di posizione, di risultato e delle condizioni di lavoro di pertinenza delle aziende sanitarie ed ospedaliere soggette a riorganizzazione, per ricondurli a congruità, fermo restando il valore della spesa regionale.

E veniamo alle materie contrattuali (9 in tutto) soggette a possibili linee generali di indirizzo regionale:

- a) utilizzo delle risorse regionali di cui all'art. 57 (0,32% del monte salari 2001);
- b) realizzazione della formazione manageriale e continua;
- c) modo di utilizzo da parte delle aziende di una quota dei minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica di personale;
- d) modalità di incremento dei fondi in caso di incremento della dotazione organica o dei servizi (anche ad invarianza della dotazione organica);
- e) criteri generali dei sistemi e dei meccanismi di valutazione dei dirigenti;
- f) criteri generali per lo sviluppo di un sistema di standard finalizzati all'individuazione dei volumi prestazionali riferiti all'impegno, anche temporale, richiesto nonché di monitoraggio delle prestazioni concordate e correlate al raggiungimento degli obiettivi;
- g) criteri generali per razionalizzare-ottimizzare le attività connesse alla continuità assistenziale ed all'urgenza/emergenza;
- h) regolamentazione della mobilità in caso di eccedenza;
- i) criteri generali per l'inserimento negli "atti aziendali sulla libera professione" di norme idonee a garantire che l'esercizio della libera professione intramuraria sia modulato in modo coerente all'andamento delle liste di attesa.



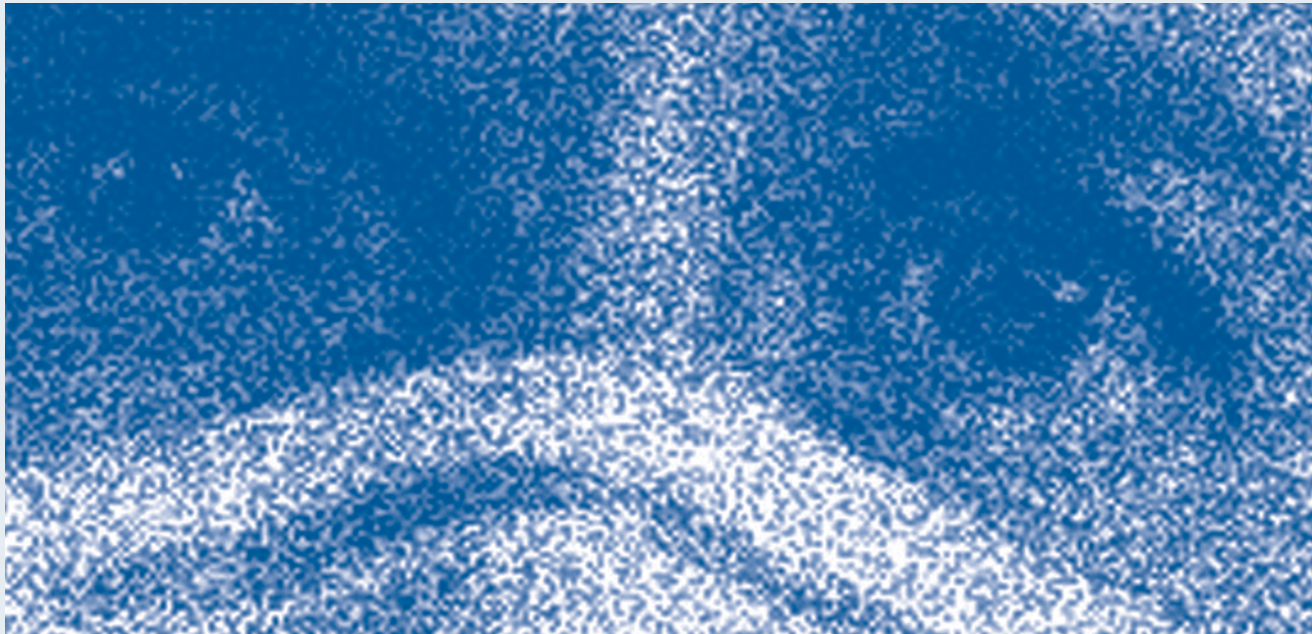
Questo è, cari amici, il sistema delle relazioni sindacali di area medica, che nasce in linea diretta dal D.Lgs. 29/1993, e successive modificazioni ed integrazioni, fortemente voluto dalle Confederazioni sindacali CGIL, CISL e UIL, e porta-

to avanti all'inizio degli anni '90 soprattutto dal Ministro del lavoro, Franco Marini (PPI, oggi DI), una delle figure più negative per i lavoratori che abbia conosciuto nella mia attività (32 anni) di sindacalista.

## COME ERAVAMO

### “Il medico dipendente negli anni dal 1980 al 1995”

Carlo Sizia



#### **Inquadramento cronologico, normativo, politico, economico e sindacale**

Per centrare il tema, credo di dover richiamare l'attenzione (ed il ricordo) sul periodo intercorrente tra la legge istitutiva del S.S.N. (L.833/78) e la legge di riforma sanitaria di cui al D.Lgs. 502/92 (riforma bis), concentrandomi prevalentemente sui cosiddetti “tre DPR contrattuali” e con qualche cenno fino al 1996, periodo entro cui ha ancora operato, in regime di prorogatio, il DPR 384/90.

E' stata proprio la legge 833/78 che ha previsto (all'art. 47 – Personale dipendente) che il nostro stato giuridico fosse disciplinato “secondo i principi generali e comuni del rapporto di pubblico impiego”.

Lo stesso articolo conteneva una delega al Governo al fine di emanare uno o più decreti, aventi valore di legge ordina-

ria, per assicurare, tra l'altro, “un unico ordinamento del personale in tutto il territorio nazionale”: ciò sarà realizzato con il DPR 20 dicembre 1979, n. 761 “Stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali”, che non conterrà il “ruolo medico” distinto dal restante ruolo sanitario (come da noi pressantemente richiesto), ma che confermerà (art. 63) le tre vecchie qualifiche ospedaliere: iniziale (assistente), intermedia (aiuto), apicale (primario).

In applicazione dell'art. 12 del DPR 761/79 sarà poi emanato il D.M.

Sanità 30 gennaio 1982, contenente la normativa concorsuale del personale delle Unità Sanitarie Locali, dove era prevista la presenza di un rappresentante designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative all'interno delle Commissioni concorsuali.

La stessa legge 833/78 prevedeva, in materia di contrattualità, che il trattamento economico e gli istituti di carattere economico del rapporto di impiego di tutto il personale sanitario fossero disciplinati “mediante accordo nazionale unico, di durata triennale, stipulato tra Governo, le regioni e l’Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie interessate. La delegazione del Governo, delle regioni e dell’ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: da una rappresentante della Presidenza del Consiglio dei Ministri (in concreto il Ministro per la Funzione pubblica) e dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni; da due rappresentanti dell’UNCEM”, in rappresentanza appunto delle comunità montane. Era poi previsto che gli accordi nazionali di lavoro per i medici dipendenti, come quelli per i medici convenzionati, fossero “resi esecutivi con decreto del Presidente della Repubblica”.

L’assetto della contrattualità medico-dipendente, disegnato dalla legge 833/78, reggerà per più di 10 anni, con contratti discussi e stipulati in sede di Ministero della Funzione pubblica (Palazzo Vidoni). La legge-quadro sul pubblico impiego (legge 29 marzo 1983, n. 93) confermerà infatti la natura pubblicistica del nostro rapporto di lavoro, stabilendo (art. 9) che “Per quanto concerne gli accordi sindacali dei dipendenti delle Unità sanitarie locali (USL) si applicano le norme e i procedimenti della presente legge. E’ abrogata ogni contraria disposizione”.

In realtà l’ANUL 24/06/1980, nato dopo la legge 833/78 ed il DPR 761/79, ma prima della legge 93/1983, rappresenterà un accordo-cerniera tra i vecchi contratti unici dei medici ospedalieri degli anni ’70 ed i nuovi contratti dei medici dipendenti degli anni ’80 (quelli successivi alla legge quadro anzidetta), cioè i DD.PP.RR. 348/83, 270/87 e 384/90.

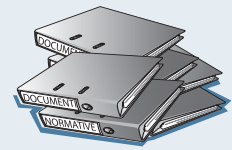
Segnalo due importanti riconoscimenti normativi intervenuti per la nostra categoria alla fine degli anni ’70 ed a metà degli anni ’80: il primo (che rappresentava una conferma) è stato il diritto (riconosciuto dal DPR 761/79) all’esercizio dell’attività libero professionale, anche da parte dei medici a tempo pieno, “nell’ambito dei servizi, presidi e strutture dell’unità sanitaria locale, sulla base di norme regionali” e, per i medici a tempo definito, oltre che la possibilità di esercitare l’attività libero-professionale in regime convenzionale, ha consentito anche quella cosiddetta “pura”, cioè “fuori dei servizi e delle strutture dell’unità sanitaria locale, purchè tale attività

non sia prestata con rapporto di lavoro subordinato, non sia in contrasto con gli interessi e i fini istituzionali della unità sanitaria locale stessa, né sia incompatibile con gli orari di lavoro, secondo modalità e limiti previsti dalla legge regionale”; il secondo (che rappresentava una novità) è stato il recupero di una certa autonomia contrattuale attraverso l’istituzione di una “apposita area negoziale per la professionalità medica” nell’ambito del Comparto sanitario (DPR 68/1986 sulla determinazione e composizione dei comparti di contrattazione collettiva), dopo gli anni bui degli accordi unici di lavoro (tra personale medico e restante personale sanitario), autentica trappola in cui si era infilata con la solita improntitudine l’ANAAO di Pietro Paci.

Infine due riferimenti normativi per la nostra categoria, negli anni che interessano la presente analisi, sono stati il DPR 3/1957 “Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato”, nonché parti della legge 300/1970, cosiddetto Statuto dei lavoratori.

Sul piano politico-economico, gli anni dal 1980 al 1990 circa sono stati caratterizzati:

- da numerosi Governi, tutti di Centro-sinistra, esauritasi la fase (tardi anni ’70) del cosiddetto “compromesso storico”, che era stato certamente il padre politico-ideologico della riforma sanitaria del 1978. Sono stati tutti Governi a guida democristiana, con vecchi personaggi DC, tranne che per i Governi Craxi e Spadolini, e con la new-entry di Giovanni Goria. A tirare la fila della politica era il cosiddetto CAF, cioè il trio Craxi, Andreotti, Forlani;
- il PIL in quegli anni è cresciuto in modo consistente, ma ben più è cresciuto il debito pubblico, facendo dell’Italia il Paese europeo più indebitato (120-130 % del PIL);
- per larga parte degli anni ’80 l’inflazione è stata “a doppia cifra”, cioè pari o superiore al 10% annuale. In particolare: nel periodo 1973-1984 (11 anni) l’aumento globale del costo della vita (dati ufficiali ISTAT su medie annuali) è stato del 192% (quindi ciò che costava 1 nel 1973, costava 3 nel 1984); considerando il periodo 1980-1990 (11 anni) l’aumento del costo della vita è stato del 119,2%. Il massimo è stato registrato nel 1980 (svalutazione del 21,74%), e Celentano cantava “svalutation”;
- sono stati anni (come dimostrerà successivamente la magistratura) in cui il sistema dei Partiti politici ha fatto uso e abuso di finanziamenti illeciti, contribuendo certamente a saccheggiare le finanze pubbliche dello Stato, attraverso il cosiddetto sistema delle tangenti;
- nel 1989 è stato abbattuto il “muro di Berlino”: al di là del-



l'immenso valore simbolico, avrei pensato che tale evento storico sarebbe stato complessivamente più produttivo di risultati favorevoli.

Sul piano più specifico degli attori e della politica sindacale, c'è da rilevare:

- che la CIMO ha perso sempre più la caratteristica (storica) di contenitore di Associazioni di specialità aderenti, per assumere quasi esclusivamente il ruolo di Associazione sindacale di iscritti. Durante gli anni '80 il nostro sindacato ha avuto tre diversi Presidenti nazionali: Ercole Bruno, Umberto Marini e Carlo Sizia, perdendo nel frattempo la connotazione altalenante di organizzazione simil-ANPO o simil-ANAAO, per diventare sempre più simile solo a se stessa. Nel corso degli anni '80 la CIMO ha registrato una costante crescita di iscritti. Anche la ANAAO ha visto una rotazione di Segretari nazionali, con la successione Pietro Paci, Gigi Bonfanti, Carlo Monti, Aristide Paci (transfuga dall'ANPO). L'ANPO è stata invece guidata da una figura del tutto dignitosa, Gian Giacomo Ferri;

- la strategia contrattuale delle OO.SS. mediche di categoria, piuttosto condivisa se non esplicitamente concordata, era stata quella di recuperare in tre contratti (proprio i tre DPR intervenuti tra il 1983 e il 1990) il valore, in termini di potere reale d'acquisto, delle retribuzioni dei medici ospedalieri dei primi anni '70, che erano piuttosto buone ma che avevano perso, dal 1970 al 1982, tutto il loro smalto, sia per la logica appiattente del "contratto unico" con il restante personale sanitario (1974), sia per il galoppare dell'inflazione. E' chiaro, tuttavia, che rimanevano, specie tra ANAAO e CIMO, dissidi insanabili: l'ANAAO sosteneva "pubblico è bello", la CIMO rimarcava invece la necessità di introdurre elementi di privato in un sistema pur pubblicistico, al fine di tutelare insieme le incentivazioni e la libera professione pura; l'ANAAO sosteneva l'appiattimento di carriera e rifuggiva dalla meritocrazia, la CIMO voleva articolare meglio le carriere mediche, riconoscere e premiare i meriti di ciascuno; l'ANAAO non aveva timore della burocratizzazione e della politicizzazione della Sanità, mentre la CIMO intuiva che tali degenerazioni avrebbero portato al decadimento della professionalità di categoria, alla perdita di qualità ed efficienza nei servizi erogati e, quindi, al dissesto economico del sistema. Nella seconda metà degli anni '80 l'ANAAO si era innamorata dell'ipotesi di includere i medici dipendenti tra le "categorie speciali" di cui all'art. 26 della legge - quadro del pubblico impiego (L. 93/83), quasi che noi avessimo qualcosa in comune con il personale militare, della carriera diplomatica, della polizia di

Stato, nonché con i magistrati ordinari ed amministrativi, o con gli avvocati e procuratori dello Stato, ecc. Ipotesi che non trovò alcun appoggio, né politico, né sindacale e che, tra l'altro, ci avrebbe fatto perdere la possibilità di contrattare sindacalmente la nostra normativa di lavoro (per le categorie speciali la normativa del lavoro discende da disposizioni legislative). L'ANPO, rispetto alla quale avevamo più affinità, sbagliava tuttavia tattica perché offriva troppo spesso la categoria rappresentata come bersaglio statico di fronte agli attacchi, provenienti più da parte ANAAO che dalle Controparti, abitualmente arroccata com'era su posizioni di rendita e già allora più attenta ad ottenere l'incremento dell'età pensionabile che a tutelare la dignità del proprio ruolo nel Servizio;

- due momenti sindacali significativi sono stati le lotte del 1983 (per stimolare la definizione del DPR 348/83), con gli scioperi di categoria contrastati a suon di precettazioni prefettizie, e gli scioperi e la grande manifestazione romana del 1986 (per ottenere l'autonomia contrattuale di area medica e per accelerare la definizione del 2° DPR contrattuale, il 270/1987). In entrambi le occasioni una mano ce l'hanno data i sindacati medici del settore a convenzione, ed anche la FNOMCeO di Eolo Parodi, che peraltro hanno costantemente "remato contro" la nostra categoria (e per tutti gli anni '80) sia per quanto riguarda le compatibilità professionali mediche che l'istituto di incentivazione della produttività;

- in tutti gli anni '80 non solo non ha fatto passi avanti la nostra richiesta alle forze politiche di istituire il ruolo medico come distinto dal restante personale sanitario, ma anche il nostro coinvolgimento nella programmazione, organizzazione e gestione del S.S.N. è stato pressoché nullo, a conferma che la legge 833/78, se non proprio "contro i medici", era stata certamente pensata "senza i medici". E non tragga in inganno la presenza (anche nelle USL) del Consiglio dei sanitari, Organo del tutto inutile, visti il suo ruolo meramente consultivo e la sua composizione mista;

- tuttavia, ciononostante, negli anni '80 i sindacati medici di categoria hanno esercitato un preciso ruolo contrattuale, confrontandosi con Controparti pubbliche nella pienezza della loro responsabilità politico-economica, con il Governo in precisa evidenza. Non bisogna nascondere però che il ruolo ed il peso espresso dai sindacati confederali, nello stesso periodo, è stato ben superiore a quello esercitato dai sindacati di categoria. Ma per fortuna non erano ancora intervenute le leggi sulla regolamentazione del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali, né il D.Lgs. 29/93, e suc-

cessive modificazioni e integrazioni, e neppure gli accordi generali sul costo del lavoro del 1992-1993, che rappresentarono altrettante sconfitte dei lavoratori e dei sindacati, provvedimenti paradossalmente voluti proprio dai sindacati confederali (da Franco Marini della CISL, in particolare, prontamente chiamato a fare il Ministro del Lavoro nell'ultimo Governo Andreotti).

Cosa si evince, da questa analisi retrospettiva su una fetta della nostra storia? Sostanzialmente:

- che tutto si trasforma e si evolve, ma secondo una notevole continuità;

- che l'ambizioso progetto dei sindacati medici di far recuperare (in tre DPR contrattuali) alla propria categoria il potere reale d'acquisto che era stato proprio delle retribuzioni medico-ospedaliere dei primi anni '70 (che avrebbe dovuto portare ad un raddoppio delle retribuzioni in godimento nei primi anni '80), non ha avuto successo.

Infatti, pur tenendo conto: dell'incremento delle voci retributive fisse e continuative intervenute nel periodo 1/01/1983-31/12/1990 (rispetto all'ANUL 1980), mediamente attorno al + 130-140%; dell'incremento (ben minore) dell'indennità integrativa speciale intervenuta nello stesso periodo (+ 55% circa); del piccolo incremento (valutabile per chi ne ha beneficiato, in non più del 20-30%) delle voci dinamiche (incentivazione della produttività), nonostante la riduzione dei plus orari e proprio in ragione degli incrementi contrattuali delle retribuzioni, ecc, in conseguenza del corrispondente aumento dei prezzi al consumo intervenuto nel periodo 1983 - 1990 (+ 62,42%) si può dire che almeno la metà dell'incremento nominale delle nostre retribuzioni sia stato bruciato dai processi inflattivi intervenuti nello stesso periodo.

Se a ciò si aggiungono i seguenti elementi: 1) gli scaglionamenti dei benefici economici ed i ritardi applicativi dei contratti; 2) la calmierazione dei nostri automatismi retributivi (dal 1983) e della scala mobile (dal 1984) ed il suo successivo blocco (dal 1992), nonché la perdita degli altri automatismi rimastici (dal 31/12/1996); 3) il blocco del rinnovo contrattuale relativo al triennio 1991-1993; 4) l'incremento del prelievo contributivo e fiscale sulla nostra categoria; 5) l'abbattimento del 30% del fondo di incentivazione della produttività (di cui all'art. 8, c. 3, della legge 537/93) e la riduzione autoritativa delle prestazioni di lavoro straordinario; 6) l'abituale incapacità degli indici ISTAT di rilevare nella loro piechezza la drammaticità dell'evoluzione dell'inflazione reale (la peggiore delle tasse per i lavoratori), ecc, possiamo dire con

certezza che le retribuzioni dei medici dipendenti alla vigilia dei contratti della dirigenza medica potevano al più conservare il potere reale d'acquisto proprio delle retribuzioni del 1983, ma non avevano certo recuperato quello delle retribuzioni dei primi anni '70;

- che, infine, sorprende il crollo della componente dinamica delle retribuzioni dei medici dipendenti, da quando è stata loro riconosciuta la qualifica dirigenziale. Se si analizzano le nostre attuali voci retributive, si nota che, a regime del 1° biennio economico 2002-2003 (all'interno del quadriennio 2002-2005), la componente dinamica della retribuzione dei medici dirigenti non arriva neppure al 10% della retribuzione globale (nell'ipotesi in cui si stimi una retribuzione di risultato annuale di 4.000 euro) e non arriva neppure al 20% (nell'ipotesi in cui si prospetti, oltre alla retribuzione di risultato anzidetta, anche una retribuzione di posizione variabile aziendale di 3.000, 4.000, 5.000 euro annuali rispettivamente per gli incarichi professionali, per la responsabilità di struttura semplice, per la direzione di struttura complessa). Negli anni '80 invece la retribuzione dinamica poteva superare abbondantemente il 50% della retribuzione globale per arrivare a punte ben superiori, anche del 100%. Ciò suona evidentemente contraddittorio rispetto ad una logica dirigenziale vera e ad una vocazione aziendale vera.

In definitiva, delle tre aspirazioni di categoria, a cui abbiamo tentato di dar voce negli anni '80: autonomia professionale, contrattuale, previdenziale, solo in ambito contrattuale (riconoscimento dell'area negoziale della professionalità medica e veterinaria all'interno del comparto sanitario di contrattazione collettiva) si è realizzata una piccola (puntiforme) vittoria, mentre l'autonomia professionale (sia in termini di riconoscimento del ruolo medico, che di effettivo coinvolgimento della categoria nei processi di programmazione, organizzazione e gestione della Sanità) e, ancor peggio, l'autonomia previdenziale (a maggior ragione dopo l'inclusione, nel 1994, della CPS nell'INPDAP, purtroppo in cattiva compagnia) sono rimaste sogno, illusione.

Ed anche l'aspirazione CIMO di diventare il sindacato dei medici dipendenti di maggioranza relativa non ha avuto successo, anche se certo ci siamo avvicinati alla ANAAO, in termini di iscritti.

Così è, se vi pare, ma non datemi del pessimista, credo invece di essere stato piuttosto realista.