

Le relazioni sindacali nelle aziende sanitarie

Autore:

In: Diritto del lavoro

Sommario : 1. Premessa.

2. Rappresentatività e rapporti di forza. 3. Il sistema delle relazioni sindacali : gli accordi quadro nazionali; la contrattazione collettiva nazionale di lavoro; la contrattazione integrativa aziendale; l'informazione, la concertazione, la consultazione, i comitati paritetici; le procedure di raffreddamento dei conflitti. 4. Conclusioni.

1. Premessa

L'evoluzione normativa di regolamentazione dei rapporti di lavoro nelle amministrazioni pubbliche - da ultimo il Decreto Legislativo 165/2001 - ha evidenziato, ope legis, un processo sostanziale di delegificazione del rapporto di lavoro ed avvicinamento del medesimo nell'alveo del diritto privato ove regna sovrano il contratto[1].

Tale nuova situazione genera nell'ambito della regolamentazione del rapporto di lavoro delle Aziende Sanitarie sia per le materie di contrattazione collettiva nazionale di lavoro che di contrattazione integrativa aziendale , un luogo di produzione di norme di diritto del lavoro che nasce e si alimenta dai continui incontri, discussioni e accordi contrattuali con le organizzazioni sindacali.

Tra le ragioni che hanno portato alla contrattualizzazione del rapporto di lavoro, si è posto in evidenza la necessità di ottenere il massimo consenso possibile ad un obiettivo ambizioso e difficile di riforma della pubblica amministrazione in modo più efficiente ed efficace. Per il raggiungimento di tale obiettivo occorre convogliare intorno al sistema di riforma un vasto consenso sociale, innanzitutto da parte degli stessi lavoratori della pubblica amministrazione, rappresentati appunto dalle organizzazioni sindacali[2].

In ciò sta , a nostro avviso, l'aspetto fondamentale dell'innovazione sistematica nella produzione delle norme di diritto del lavoro, che qualifica la partecipazione dell'amministrazione pubblica e degli organismi sindacali in rappresentanza dei lavoratori, come fonte di produzione di norme di contrattazione attente alle esigenze dei lavoratori e quindi con una forte valenza di sussidiarietà e partecipazione.

Tante volte ci siamo chiesti le ragioni di una norma calata dall'alto. E tantissime volte abbiamo dovuto far fronte a peripezie e numeri da circo per cercare di rendere quantomeno applicabile una norma presso l'organizzazione in cui si lavora, per non parlare poi di tutta quella miriade di norme che sono inapplicabili quanto a rigidità e pesantezza.

Forse adesso, quantomeno, possiamo essere noi gli attori del sistema di produzione di norme di contrattazione nazionale ed integrativa , per cercare di avvicinarci alla vera dinamica del diritto, quello

nascente dai fatti e dagli accadimenti di una società o una istituzione(in tal caso quello necessario alla organizzazione di riferimento).

La valorizzazione dell'aspetto negoziale di diritto privato nella produzione di norme di diritto del lavoro, ha comportato a fior di logica anche la valorizzazione degli attori principali di produzione di tali norme contrattuali e cioè le delegazioni di parte pubblica in rappresentanza dell'amministrazione e le organizzazioni sindacali in rappresentanza dei lavoratori.

Tale occasione , vedendo in prospettiva nuove relazioni e luoghi di incontro per la produzione di norme , come una fonte nuova di diritto secondaria, doveva necessariamente dotarsi di un sistema di regole condivise , che regolasse i reciproci rapporti nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno. Nasce , pertanto, una nuova concezione del sistema delle relazioni sindacali anche nelle organizzazioni sanitarie, al fine di superare i potenziali conflitti nell'interesse primario di garantire una maggiore produttività ed efficienza all'azienda , migliorando, nel contempo, la qualità delle condizioni di lavoro[3].

Le relazioni sindacali , in questi ultimi tempi , sono state pertanto liberate, almeno dal punto di vista giuridico-contrattuale , dal regime cogestionale di “ contrattazione obbligatoria” tipico della legge quadro del 1983. Un regime de-responsabilizzante per tutti gli attori in gioco. Questo tentativo si è tradotto in una estensione del metodo contrattuale, rispetto alla regolazione unilaterale, come meccanismo principale di regolazione del rapporto di impiego, nel quadro però di un grado maggiore di volontarismo del sistema e di una maggiore libertà di azione delle parti attraverso i rispettivi ruoli e responsabilità.

Tale prospettiva ci conduce ad una nuova concezione delle politiche di gestione delle risorse umane delle aziende sanitarie , oggi il più delle volte troppo organizzate sugli aspetti burocratici e di elaborazione di dati, ma che necessitano di nuove specializzazioni e competenze professionali sia sull'aspetto delle relazioni sindacali ma anche e soprattutto su metodi e tecniche gestionali vicine a quelle del settore privato che mirino a promuovere il valore e lo sviluppo delle risorse umane.

L'argomento delle relazioni sindacali , introduce anche nelle aziende sanitarie , un elemento di forte

novità , vista la crescente possibilità di produzione di norme negoziali, e ci porta ad assumere la dovuta consapevolezza dell'importanza degli accordi così scaturenti (sia che siano di natura contrattuale che di natura concertativa e consultiva) al fine di tendere sempre , per superare conflitti e tensioni di carattere sindacale e lavorativo, al sempre valido principio “ pacta sunt servanda” tanto caro al diritto internazionale, fortemente interessato da potenziali conflitti, ma preso a riferimento per qualsiasi situazione portatrice di interessi contrapposti.

Con la presente trattazione si vuole fornire un paronama dei meccanismi ed elementi che governano le relazioni sindacali nelle aziende sanitarie, partendo dal concetto di rappresentatività e continuando poi con l'analisi del sistema delle relazioni sindacali previsto dalle norme contrattuali dell'area sanità.

2.

Rappresentatività e rapporti di forza.

Nel sistema della relazioni sindacali e con ciò nella conduzione delle trattative , risulta fondamentale avvicinarci al concetto di rappresentatività e alla regolazione dei rapporti di forza.

Le organizzazioni sindacali, come noto, rappresentano i lavoratori per le dinamiche del rapporto di lavoro e soprattutto nei confronti del datore di lavoro.

A

sua volta i datori di lavoro , per quel che concerne le organizzazioni sanitarie , sono rappresentati a livello nazionale dall'ARAN[4] (agenzia per la rappresentanza negoziale nelle pubbliche amministrazioni) per quel che concerne le trattative per la contrattazione collettiva nazionale di lavoro e dalla delegazione trattante aziendale[5] per le materie di contrattazione integrativa aziendale , di informazione, concertazione , consultazione.

La rappresentatività sindacale si fonda sul consenso manifestato dai lavoratori attraverso l'iscrizione ed il pagamento del contributo sindacale e con il voto espresso nell'elezione degli organismi di rappresentanza nei luoghi di lavoro.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 43 del Decreto Legislativo n. 165/2001 - l'ARAN ammette alla contrattazione collettiva nazionale le organizzazioni sindacali che abbiano nel comparto o nell'area una rappresentatività non inferiore al 5%, considerando a tal fine la media tra il dato associativo e il dato elettorale. Il dato associativo è espresso dalla percentuale delle deleghe per il versamento dei contributi sindacali rispetto al totale delle deleghe rilasciate nell'ambito considerato. Il dato elettorale è espresso dalla percentuale dei voti ottenuti nelle elezioni delle rappresentanze unitarie del personale, rispetto al totale dei voti espressi nell'ambito considerato[6].

Da ciò si evince che la forza di rappresentatività nazionale , deriva da due serie di dati mediamente combinati , il dato secco delle deleghe ottenute da ciascuna sigla sindacale presso ciascuna azienda sanitaria e il dato del risultato elettorale per l'elezione della rappresentanza sindacale unitaria della medesima azienda.

Sempre al fine di calcolare la rappresentatività nazionale , è organizzata a livello nazionale una raccolta dei dati sui voti ottenuti nelle elezioni RSU condotta in ogni azienda e sulle deleghe ottenute da ciascuna sigla sindacale a cura dell'ARAN . Difatti ai sensi dell'art. 43 comma 7 del decreto legislativo n. 165/2001 “ i dati relativi alle deleghe rilasciate a ciascuna amministrazione nell'anno considerato sono rilevati e trasmessi all' ARAN non oltre il 31 Marzo dell'anno successivo dalle pubbliche amministrazioni, controfirmate da un rappresentante sindacale dell'organizzazione interessata, con modalità che garantiscano la riservatezza delle informazioni”.La stessa cosa avviene per la trasmissione dei dati elettorali relative alla elezione delle RSU Aziendali.

Il dato sulla rappresentatività costituisce condizione giuridica-formale per la validazione degli accordi

sottoscritti con le organizzazioni sindacali. Difatti sempre l'art.43 comma 3 del citato decreto legislativo n. 165/2001 impone all'ARAN di accertare che le organizzazioni sindacali che aderiscono alle ipotesi di accordo rappresentino nel loro complesso almeno il 51% come media tra dato associativo(deleghe) e dato elettorale (elezione RSU) nel comparto sanità, o almeno il 60% del dato elettorale nel medesimo ambito.

E' stato detto che nella contrattazione di secondo livello (contratto integrativo aziendale) tale regola non trova diretta applicazione. Difatti sono ammesse alla contrattazione integrativa nei luoghi di lavoro solo le organizzazioni sindacali che sottoscrivono il CCNL di comparto o area dirigenziale e in presenza di dissenso tra la RSU e altre componenti sindacali, la pubblica amministrazione deve valutare discrezionalmente se il grado di consenso raggiunto è tale da essere considerato sufficiente per la sottoscrizione, tenendo conto del peso che nel loro complesso le varie rappresentanze favorevoli esprimono[7].

Del pari , la regola della media tra il numero delle deleghe ottenute e il dato elettorale RSU, non trova applicazione per la contrattazione nell' area dirigenziale , dove non si è proceduto alla costituzione della RSU Aziendale. In tal caso l'ARAN (su conforme parere del Dipartimento della Funzione Pubblica) ha calcolato la rappresentatività solo sul dato associativo delle deleghe ottenute, senza alcun riferimento alla media con il dato elettorale.

Abbiamo visto, dunque, che l'analisi del dato sulla rappresentatività di una organizzazione sindacale risulta di fondamentale importanza per l'ammissione alle trattative e per siglare le ipotesi di accordo a livello nazionale, mentre in ambito di contrattazione integrativa occorre verificare il peso che nel loro complesso le rappresentanze sindacali esprimono.

Tali dati e variabili nascono e traggono origine dall'ambito locale territoriale di ciascuna organizzazione , in tal caso di ciascuna azienda sanitaria. Difatti è nell'ambito di ogni azienda sanitaria che vengono alla luce i dati relativi alle deleghe sindacali e quelli risultanti dalle specifiche elezioni RSU. Ciò pone nella dovuta attenzione anche la necessità di analizzare questi dati per misurare i relativi rapporti di forza sindacali anche in ambito locale nella conduzione del sistema delle relazioni sindacali di ogni azienda.

Tale propensione se va prevista per la partecipazione e validazione dei contratti collettivi nazionali, non deve essere

trascurata , del pari , in ambito della delegazione trattante aziendale , proprio per misurare il peso e i rapporti di forza nella conduzione delle trattative per la stipulazione degli accordi contrattuali integrativi.

Proprio nella procedura della concertazione , che tratteremo più avanti, il dato sulla rappresentatività, pur non assicurando , come già detto un dato giuridico formale per la sottoscrizioni di accordi integrativi , a nostro avviso assume significativa valenza

sui rapporti di forza, configurandosi più come dato politico-sostanziale, giacchè in tale ambito l'Azienda , sentite le posizioni delle parti , deve assumere una linea ben precisa, che non può trascurare le forze sindacali emergenti.

3. Il sistema delle relazioni sindacali : a) principi e obiettivi b) gli accordi quadro nazionali c) la contrattazione collettiva nazionale d) la contrattazione integrativa aziendale e) l'informazione f) la consultazione g) la concertazione h) le commissioni bilaterali i) le procedure di raffreddamento dei conflitti.

a) Principi e obiettivi

Il sistema delle relazioni sindacali nelle Aziende Sanitarie si pone come obiettivo fondamentale quello di “ contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza delle aziende ed enti di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività”[8].

A tal fine è previsto un sistema delle relazioni sindacali, articolato nei seguenti strumenti di confronto:

-

la contrattazione collettiva nazionale;

-

la contrattazione collettiva integrativa aziendale;

-

la concertazione, consultazione ed informazione;

-

le commissioni paritetiche;

-

l'interpretazione autentica dei contratti collettivi.

Le norme contrattuali prevedono, quindi, un sistema delle relazioni sindacali che abbia le caratteristiche della stabilità.

Ciò introduce un principio forte ed innovativo nella gestione del rapporto di lavoro della pubblica amministrazione e quindi anche delle aziende sanitarie, promuovendo una strategia delle relazioni industriali , caratterizzata da una propria peculiarità professionale diretta alla prestazione di servizi socio-sanitari .

b) Gli accordi quadro nazionali .

Gli accordi quadro nazionali assumono - nel panorama delle relazioni sindacali - una sorta di atti di indirizzo di natura negoziale valevole per tutte le aree di contrattazione ed omogenei su tutto il territorio nazionale. Tale propensione porta a considerare l'accordo quadro nazionale , come una fonte negoziale primaria non derogabile dai livelli di negoziazione pattizia inferiori quali la contrattazione collettiva nazionale e la contrattazione integrativa aziendale.

La base fondamentale di partenza , nel processo di contrattazione e nel sistema delle relazioni sindacali , è costituita dal " Protocollo sulla politica dei redditi e dell'occupazione, sugli assetti contrattuali e sul sostegno produttivo " del 23 Luglio 1993 - con la quale sono stati stabiliti i due livelli di contrattazione nazionale e integrativa aziendale, la durata quadriennale degli istituti giuridici del contratto di lavoro e la durata biennale degli istituti economici, individuando, altresì, tra i parametri per i rinnovi economici stipendiali dei lavoratori oltre che le risorse specificatamente assegnate dal governo - nel documento di programmazione economica e finanziaria , anche il rapporto tra il tasso di inflazione programmata e quella reale avvenuta nel corso del biennio precedente[9].

Il processo di formazione del contratto nazionale di lavoro è quindi direttamente influenzato , soprattutto per quel che attiene alle risorse economiche, dalle linee di indirizzo politico del Governo del paese , riportate periodicamente nel Documento di Programmazione Economico-Finanziaria (DPEF)[10].

Un ulteriore accordo quadro in materia di relazioni sindacali è indicato nel titolo III “ Contrattazione Collettiva e rappresentatività sindacale” -articolo 40 - comma 2 - del decreto legislativo n. 165/2001 - laddove vengono previsti appositi accordi tra l'Aran e le Confederazioni Sindacali rappresentative per stabilire i comparti della contrattazione collettiva nazionale riguardanti settori omogenei o affini. In tali ambiti i Dirigenti costituiscono un'area contrattuale autonoma relativamente a uno o più comparti.

Il Contratto Collettivo Nazionale Quadro (CCNQ) per la definizione dei comparti di contrattazione per il quadriennio 2002-2005 - siglato il 18.12.2002 -tra l'ARAN e le Confederazioni Sindacali - all'art. 2 “ determinazione dei comparti di contrattazione collettiva” comma 1 lettera I) prevede il comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale come autonoma area di contrattazione.

Ricordiamo che le aree contrattuali del comparto sanità che ci interessano per la contrattazione nelle aziende sanitarie sono:

-

l'area comparto sanità (riguarda tutti gli operatori sanitari, tecnici e amministrativi non dirigenti)

-

l'area della dirigenza medico-veterinaria

-

l'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa;

I Contratti Collettivi Nazionali Quadro (CCNQ) pertanto definiscono o modificano i comparti e le aree di contrattazione collettiva e regolano , altresì, istituti comuni a tutte le pubbliche amministrazioni o riguardanti più comparti e aree.[11]

c)

La contrattazione collettiva nazionale

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro è l'accordo negoziale tra L'ARAN (in rappresentanza del Governo) e le organizzazioni sindacali di categoria (in tal caso dell'area sanità) contenente la regolamentazione di istituti giuridici, a valenza quadriennale, e di istituti economici, a valenza biennale, come livelli minimi , non derogabili in peius , validi per tutto il territorio nazionale per i dipendenti dell'area sanità.

Come cennato esistono tre aree di contrattazione nell'area sanità , cui corrispondono, pertanto, tre distinti contratti collettivi nazionali di lavoro e precisamente : il CCNL dell'area comparto sanità (per tutto il personale sanitario, tecnico e amministrativo non dirigente) ; il CCNL dell'area della dirigenza medico-veterinaria e il contratto della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa.

Vediamo
di seguito il procedimento per la sottoscrizione del CCNL.

La base di partenza, ovviamente, risulta essere la cosiddetta "capacità di borsa" spettante al Governo e, a seguito della riforma federale, anche alle Regioni. Sono ormai molti infatti i continui incontri, cosiddetti preliminari tra organizzazioni sindacali e il Governo, per determinare innanzitutto quali saranno le risorse da investire per l'aumento del cosiddetto stipendio tabellare degli operatori della sanità, ma oggi ancora più di ieri anche di tutte quelle risorse variabili legate all'incentivazione di risultato (la produttività).

Pertanto, risulta fondamentale, in primis, come cennato nei paragrafi precedenti conoscere gli strumenti di indirizzo politici economici e finanziari del Governo sulle risorse da investire alla sanità, prestando, altresì, particolare attenzione sui meccanismi di recupero del dato inflazionistico previsti dal protocollo del 23 luglio 1993 già cennato.

Il procedimento di definizione del contratto collettivo nazionale di lavoro di tutte le tre aree del comparto sanità - è disciplinato, come del resto per tutti gli altri comparti di contrattazione della pubblica amministrazione, dall'art. 47 del Decreto Legislativo n. 165/2001.

Vediamo come si profila.

La fase di partenza del procedimento di contrattazione, prevede una attività di indirizzo da fornire all'ARAN, ovviamente da parte del Governo (gli indirizzi di politica economica e finanziaria) e da parte del Comitato di Settore specifico dell'area sanità, composto, in tal caso, dai Presidenti delle Giunte Regionali e/o da suoi delegati (Assessori alla Sanità Regionali) nell'ambito della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e da un rappresentante del Governo, designato dal Ministro della Sanità[12].

Le ultime vicende istituzionali, che hanno visto una maggiore autonomia e responsabilizzazione Regionale nella gestione dei sistemi sanitari, hanno visto aumentare e potenziare di pari passo l'attività di indirizzo e controllo del relativo Comitato di settore.

Ricevute le linee di indirizzo l'ARAN

è pronta ad iniziare le trattative con le organizzazioni sindacali, le quali a loro volta , avranno determinato i propri indirizzi di politica sindacale e del lavoro (attraverso confronti con la base dei lavoratori) elaborate formalmente attraverso piattaforme rivendicative.

Definita la fase di indirizzo con i soggetti mandanti (in tal caso Governo e Regioni per la parte datoriale pubblica e lavoratori per la delegazione sindacale) si dà avvio alle trattative tra i soggetti negoziali abilitati a condurle e cioè tra l'ARAN e le Organizzazioni Sindacali rappresentative a livello nazionale.

In questa fase l' ARAN deve costantemente informare i comitati di settore e il governo sullo svolgimento delle trattative - ai sensi dell'art. 47 comma 2 del decreto legislativo n. 165/2001.

A conclusione della trattativa , si formula una ipotesi di accordo (che non assume la natura di negozio contrattuale) ma che può essere concepita come una preintesa in via di perfezionamento. Tale ipotesi di accordo deve ottenere il parere favorevole del Comitato di Settore anche riguardo agli oneri finanziari diretti e indiretti che

ne conseguono a carico dei bilanci delle amministrazioni interessate.

Acquisito il parere favorevole sull'ipotesi di accordo

l'ARAN trasmette la quantificazione dei costi contrattuali alla Corte dei Conti ai fini della certificazione di compatibilità con gli strumenti di programmazione e di bilancio. La Corte dei Conti delibera entro quindici giorni dalla trasmissione della quantificazione dei costi contrattuali, decorsi i quali la certificazione si intende effettuata positivamente. Se la certificazione è positiva il presidente dell' ARAN sottoscrive definitivamente il contratto collettivo. Se la certificazione della Corte dei Conti non è positiva , l'ARAN, sentito il comitato di settore o il Presidente del Consiglio dei Ministri, assume le iniziative necessarie per adeguare la quantificazione dei costi contrattuali ai fini della certificazione, ovvero, qualora non lo ritenga possibile, convoca le organizzazioni sindacali ai fini della riapertura delle trattative.

I contratti collettivi , una volta sottoscritti , vengono pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Nasce così
il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

La procedura testè indicata , se pur lineare dal punto di vista formale e dei reciproci rapporti, risente però di notevoli ritardi riguardo l'adeguamento economico contrattuale di migliaia di lavoratori operanti presso un settore molto delicato quale la sanità. Assistiamo oramai in modo costante , all' approvazione di bienni economici relativi a periodi già scaduti (si veda a titolo di esempio l'ultimo CCNL - comparto sanità - del 19.04.2004 che prevede l'adeguamento del biennio 2002-2003, che alla data di approvazione del 2004 risulta appunto già scaduto) , con notevoli problemi anche riguardo l'applicazione della parte contrattuale riguardante il salario variabile , legato alla produttività e risultati , che non può consentire la determinazione di risorse economiche in notevole ritardo , in quanto proprio la produttività e i risultati agiscono direttamente sull'esercizio di riferimento.

Per il vero il Protocollo sulla politica dei redditi del 23 Luglio 1993, prevedeva- dopo un periodo di vacanza contrattuale pari a tre mesi dalla data di scadenza del CCNL - una sorta di “ indennità di vacanza contrattuale “ da applicare ai lavoratori dipendenti ai quali si applica il contratto medesimo non ancora rinnovato , mediante la corresponsione di elementi provvisori della retribuzione pari al 30% del tasso di inflazione programmata, applicata ai minimi retributivi contrattuali vigenti, inclusa la indennità di contingenza. Tale percentuale veniva alzata al 50% dell'inflazione programmata nel caso che siano trascorsi sei mesi dalla vacanza contrattuale . Tale indennità di vacanza contrattuale cessava dalla decorrenza dell'accordo di rinnovo del contratto.

Dobbiamo rilevare , però, che a tutt'oggi il meccanismo di garanzia offerto dalla indennità di vacanza contrattuale non è stato applicato e i continui ritardi , ormai cronici , hanno delle ripercussioni notevoli sui salari dei lavoratori (non solo del settore sanità) che hanno visto in questi ultimi tempi un notevole

aumento del costo della vita con perdita del potere di acquisto.

E allora se il meccanismo dei rinnovi contrattuali non funziona nel rispetto dei tempi previsti, occorre studiare delle ipotesi alternative che diano certezza e una certa garanzia di continuità.

Forse il primo elemento di partenza potrebbe essere quello di considerare non più un biennio economico , ma un quadriennio economico (in linea con la parte normativa) legato, però , a meccanismi automatici di adeguamento del salario con effetti annuali basati su una seria programmazione di più ampio respiro . Tale propensione sicuramente garantisce un adeguamento annuale delle retribuzioni - entro i limiti previsti dagli aspetti programmatori - e una certezza temporale perchè con effetti quadriennali . Gli studi e le analisi , poi, sugli effettivi risultati dei dati inflazionistici e di andamento dell'economia del paese , fatti a posteriore costituiscono una maggiore attendibilità e serietà che ben possono comportare degli ulteriori adeguamenti sulle retribuzioni (effettuate in base al dato di programmazione quadriennale) al momento del rinnovo del contratto.

In tal modo , se tale propensione quadriennale deve prevedere una programmazione con caratteristiche prudenziali, almeno si dà certezza sugli adeguamenti delle retribuzioni annuali a milioni di lavoratori , con effetti automatici e senza la necessità di continui confronti negoziali.

c)

La Contrattazione Collettiva Integrativa Aziendale.

I tre Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dell' area della sanità (personale del comparto, area della dirigenza medico-veterinaria e area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) individuano delle materie sulle quali ciascuna Azienda Sanitaria , attraverso specifiche trattative negoziali

con le organizzazioni sindacali locali - avvia e definisce la cosiddetta contrattazione integrativa aziendale.

La dinamicità del rapporto di lavoro , se assume natura e caratteristiche simili al rapporto di lavoro privatistico , non può esimersi dalla specificità del contesto organizzativo e culturale proprio di ogni Azienda Sanitaria[13] , tale prospettiva può trovare una solida base di partenza dallo spazio lasciato dalla contrattazione nazionale , attraverso la previsione di tematiche di diretta regolamentazione da parte dei principali attori del contesto quali le Aziende Sanitarie (come datori di lavoro) e le organizzazioni sindacali locali (in rappresentanza dei lavoratori). In ciò può intravedersi una conferma del principio di sussidiarietà che ha caratterizzato il nostro ordinamento in questi ultimi tempi.

Ma vediamo quali sono le materie cui i contratti collettivi nazionali di lavoro demandano alla contrattazione collettiva integrativa aziendale.

Intanto, in prima battuta , occorre regolamentare attraverso la procedura di contrattazione integrativa, le modalità e i contingenti di personale del comparto addetti ai servizi minimi essenziali che sono esonerati dal diritto di sciopero al fine di garantire la continuità delle prestazioni indispensabili inerenti i servizi medesimi - ai sensi della Legge n. 146/90.

Il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'area del comparto sanità (personale non dirigenziale) prevede all'art. 4

le seguenti materie di contrattazione collettiva integrativa:

A) i sistemi di incentivazione del personale sulla base di obiettivi, programmi e progetti di incremento della produttività e di miglioramento della qualità del servizio, con la definizione di criteri generali delle metodologie di valutazione e di ripartizione delle risorse del fondo di cui all'art. 38 comma 3[14].

B) i criteri per la ripartizione delle risorse derivanti dalle seguenti voci ai fini della loro assegnazione ai fondi di cui agli articoli 38 e 39[15] :

-

attuazione dell'art.43 della Legge 449/1997 e successive modificazioni ed integrazioni[16] ;

-

economie conseguenti alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, ai sensi e nei limiti dell'art.1, comma 57 e seguenti della legge n. 662/1996[17].

-

specifiche disposizioni di legge finalizzate alla incentivazione di prestazioni o di risultati del personale;

-

somme connesse al trattamento economico accessorio del personale trasferito alle aziende o enti del comparto a seguito dell'attuazione dei processi di decentramento e delega di funzioni;

-

finanziamenti aggiuntivi o integrativi;

-

una quota degli eventuali minori oneri derivanti dalla riduzione stabile o trasformazione di posti di organico del personale per il finanziamento del fondo di cui all'art.39;

C)
Lo spostamento delle risorse tra i fondi ed al loro interno, in apposita sessione di bilancio, per la finalizzazione tra i vari istituti nonché la rideterminazione degli stessi in conseguenza della riduzione di organico derivante da stabili processi di riorganizzazione previsti dalla programmazione sanitaria regionale[18].

D)Le modalità e le verifiche per l'attuazione della riduzione dell'orario di lavoro, di cui all'art. 27[19];

E) I programmi annuali e pluriennali dell'attività di formazione professionale, riqualificazione e aggiornamento del personale per adeguarlo ai processi di innovazione;

F) Le linee di indirizzo e i criteri per la garanzia e il miglioramento dell'ambiente di lavoro nonché per l'attuazione degli adempimenti rivolti a facilitare l'attività dei dipendenti disabili;

G) Le conseguenze degli effetti delle innovazioni tecnologiche e organizzative e dei processi di disattivazione o riqualificazione e riconversione dei servizi sulla qualità e professionalità del lavoro e dei dipendenti in base alle esigenze dell'utenza;

H) I criteri per le politiche dell'orario di lavoro di cui all'art. 26[20];

I)

L'individuazione dei casi in cui è elevabile il contingente della trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a part-time di cui all'art. 23 comma 10 del CCNL 1998/2001 area comparto sanità[21];

L)

La regolamentazione delle pari opportunità alla luce della legge 10 aprile 1991 n.125.

LI)

I criteri generali per l'attribuzione dei trattamenti legati a compensi per lavoro straordinario.

N) I criteri generali per la definizione delle procedure per le selezioni per i passaggi all'interno di ciascuna categoria[22].

O) Il completamento ed integrazione dei criteri per la progressione economica orizzontale[23].

Tali sono le materie soggette alla contrattazione integrativa per quel che concerne l'area del comparto sanità (personale non dirigente) . A tale proposito però , le norme contrattuali attribuiscono una valenza obbligatoria di contrattazione integrativa alle sole materie implicanti l'erogazione di risorse destinate al trattamento economico, lasciando per la altre materie invece un margine temporale di 30 giorni (prorogabili d'intesa tra le parti di altri trenta giorni) come tempo massimo di raggiungimento di un accordo contrattuale , decorso il quale le parti possono riassumere le rispettive prerogative e liberta di iniziativa e di decisione.

Ulteriore regola , non derogabile e di immediata applicazione , risulta essere quella prevista dall'art. 4 comma 6 del CCNL

1998-2001 -area comparto sanità - che sancisce la supremazia del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro i cui vincoli e limiti non possono essere superati dal Contratto Integrativo Aziendale pena la nullità e non applicabilità delle relative clausole.

Riguardo l'area dirigenziale delle aziende sanitarie , ricordiamo che sono vigenti due aree contrattuali con una specifica e distinta regolamentazione e cioè : l'area della dirigenza medico-veterinaria e l'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa (in gergo SPTA).

Le materie soggette alla contrattazione integrativa aziendale - indicate all'art. 4 dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro 08.06.2002 (periodo 1998-2001) dell'area dirigenza medico- veterinaria e dell'area dela dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa, sono le seguenti :

a) l'individuazione delle posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati dallo sciopero, ai sensi della legge n. 146/1990, secondo quanto previsto dall'accordo sulle norme di garanzia dei servizi pubblici essenziali relativi all'area dirigenziale.

b) i criteri generali per la definizione della percentuale di risorse di cui al fondo dell'art. 52[24] da destinare alla realizzazione degli obiettivi generali dell'azienda affidati alle articolazioni aziendali ai fini della retribuzione di risultato ai dirigenti.

c)

i criteri generali per l'attuazione dell'art. 43 della legge n. 449/1997;

d)

i criteri generali per la distribuzione tra i fondi dell'art. 50 e 52 delle risorse aggiuntive assegnate[25];

e) le modalità di attribuzione- ai dirigenti cui è conferito uno degli incarichi previsti dall'art. 27 , comma 1, lettere b-c- d della retribuzione collegata ai risultati ed agli obiettivi e programmi assegnati secondo gli incarichi conferiti[26];

f) lo spostamento di risorse tra i fondi di cui all'art.50 (fondo per la retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento, indennità di direzione di struttura complessa) all'art. 51 (Fondo del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro) e all'art. 52 (Fondo della retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale);

g) le linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali dell'attività di formazione manageriale e aggiornamento dei dirigenti;

h) le pari opportunità con le procedure indicate all'art. 8 anche per le finalità della legge 10 aprile 1991

n. 125;

i)

i criteri generali sui tempi e le modalità di applicazione delle norme relative alla tutela in materia di igiene, ambiente, sicurezza e prevenzione nei luoghi di lavoro, con riferimento al d.lgsvo n. 626/1994;

ii)

iii) 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;

m) i criteri generali per la disciplina e l'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria nonché per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti interessati[27];

Anche per le materie di contrattazione integrativa del personale dirigente , valgono gli stessi principi suindicati per il personale del comparto e cioè :

-

che esiste un obbligo di contrattazione integrativa esclusivamente sulle materie implicanti l'erogazione di risorse destinate al trattamento economico (quelle dalla lettera a - f) mentre sulle rimanenti materie (lettere g - m) non implicanti risorse economiche, decorsi trenta giorni dall'inizio delle trattative senza che sia raggiunto

l'accordo tra le parti, queste riassumono le rispettive prerogative e libertà di iniziativa e di decisione. Il termine è comunque prorogabile di ulteriori trenta giorni d'intesa tra le parti.

-

che i contratti collettivi integrativi non possono essere in contrasto con vincoli e limiti risultanti dai contratti collettivi nazionali dell'area dirigenza

medico-veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa- e si svolgono sulle materie da questi stabilite e le relative clausole difformi sono nulle e non possono essere applicate.

Vediamo adesso il procedimento per la sottoscrizione dei contratti integrativi aziendali.

I contratti integrativi aziendali -da definire per ciascuna delle aree previste nelle aziende sanitarie- hanno una durata quadriennale riguardo gli aspetti giuridici-organizzativi e una durata annuale riguardo l'utilizzo delle risorse implicanti l'erogazione di aspetti economici (consistenza dei fondi , spostamento di risorse tra i fondi , produttività di risultato , risorse legate a processi di sviluppo del personale del comparto ecc.).

Tale prospettiva di lavoro richiede un impegno programmatico e funzionale organizzativo dell'azienda sanitaria , sulle strategie e politiche del personale.

L'aspetto organizzativo ha visto sempre con più crescente attenzione , valorizzare il ruolo preminente della delegazione trattante aziendale , affiancata da uffici altamente specializzati di supporto quali gli uffici per le relazioni sindacali .

L'aspetto ha visto nascere per lo più anche l'esigenza di

prendere piena consapevolezza sull'importanza delle relazioni sindacali.

Primo passaggio organizzativo per ciascuna azienda , consiste quindi nella necessità di individuare personale particolarmente portato (per capacità di negoziazione , strategia e politiche del personale) per la costituzione della delegazione trattante di parte pubblica aziendale.

I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro delle tre aree della sanità citate - prevedono che la delegazione trattante di parte pubblica sia costituita dal titolare del potere di rappresentanza dell'azienda (in tal caso è il direttore generale) o da un suo delegato e dai rappresentati degli uffici interessati appositamente individuati dall'azienda.

A sua volta la controparte alla trattativa risulta essere la delegazione sindacale composta dai componenti della RSU (Rappresentanze Sindacali Unitarie) per quel che concerne esclusivamente l'area del comparto (personale non dirigente) e dai componenti delle organizzazioni sindacali di categorie territoriali firmatarie dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di riferimento.

I componenti della delegazione sindacale , confrontandosi ognuno con la propria base di riferimento costituita dai lavoratori iscritti alle diverse sigle sindacali presenti, di comune accordo formulano delle intese programmatiche e rivendicative su come intendono applicare i contenuti giuridici, organizzativi e soprattutto economici demandati dalla contrattazione nazionale alla contrattazione integrativa aziendale.

Tale lavoro preparatorio e di sistema sfocia nella definizione della cosiddetta piattaforma rivendicativa da parte delle organizzazioni sindacali che l'azienda sanitaria riceve come primo atto di avvio delle trattative negoziali. Difatti è solo al ricevimento della piattaforma che l'azienda è obbligata a convocare la delegazione sindacale per dare avvio al negoziato[28].

Nel contempo l'Azienda Sanitaria deve preparare una propria strategia organizzativa sui vari istituti di

politica del personale rimandati alla contrattazione integrativa , al fine proprio di non assumere una posizione attendista nei confronti dell'azione sindacale, ma al contrario di farsi promotrice di idee e soluzioni atti a migliorare sia la performance produttiva aziendale che le condizioni di lavoro dei lavoratori.

1.

In tal caso la delegazione trattante aziendale deve assumere , oltre che una specifica e diretta mission da parte della direzione generale, anche una apertura nei confronti delle varie istanze e problematiche provenienti dalle varie articolazioni aziendali (distretti , dipartimenti e presidi ospedalieri per quel che concerne l'Azienda USL e/o strutture dipartimentali per le Aziende Ospedaliere).

Una volta fatte le proprie strategie , si da inizio alla fase vera e propria delle trattative negoziali.

In tale ambito può essere di notevole utilità la creazione di specifici gruppi di lavoro e di studio , meglio se composti da esperti aziendali dello specifico settore e componenti delle organizzazioni sindacali , che fungono ad una basilare e fondamentale attività istruttoria e di preparazione degli accordi . Difatti una volta raggiunta una intesa su una specifica materia , la stessa riportata poi al tavolo negoziale vero e proprio sarà agevolmente portata alla sottoscrizione da parte delle due delegazioni pubblica aziendale e sindacale.

Una volta raggiunte le varie intese , si procederà alla stesura dei vari articoli del testo di contrattazione integrativa , che viene sottoposto alla firma delle controparti e assume , per il momento la forma di “ ipotesi di contratto collettivo integrativo aziendale”.

Di conseguenza , come per il contratto nazionale, arriva la fase dei controlli. Difatti l'ipotesi di contratto integrativo aziendale è inviato - entro cinque giorni dalla sottoscrizione - al Collegio Sindacale dell'Azienda Sanitaria , il quale effettua il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione

collettiva integrativa aziendale con i vincoli di bilancio. A tale fine l'ipotesi di contratto integrativo è corredata da una relazione illustrativa tecnico-finanziaria predisposta dalla delegazione trattante aziendale con relativo supporto dei servizi personale e bilancio delle Aziende

Sanitarie.

Una volta ottenuta una risposta positiva da parte del Collegio Sindacale o quando siano trascorsi quindici giorni senza rilievi, l'ipotesi di contratto integrativo supera il vaglio del controllo economico finanziario e può essere definitivamente sottoscritto assumendo la forma giuridica di Contratto Collettivo Integrativo Aziendale.

La procedura ha termine con l'invio del contratto integrativo all'ARAN - entro cinque giorni dalla relativa sottoscrizione.

Una volta definito il contratto collettivo integrativo aziendale, sembrerebbe terminato il processo delle relazioni sindacali. Ma non è così.

Si passa infatti ad una ulteriore fase, non meno complessa, che riguarda la concreta applicazione e gestione degli istituti contrattuali integrativi ivi contenuti, che risulta assai complessa se a tali norme contrattuali non ci sia stata una partecipazione e quantomeno una condivisione da parte delle responsabilità professionali delle varie articolazioni aziendali.

Le esperienze vissute in questi anni di contrattazione integrativa dimostrano che esiste anche un problema della corretta applicazione degli istituti contrattuali.

Non a caso le stesse norme contrattuali nazionali hanno disposto che "i contratti collettivi integrativi devono contenere apposite clausole circa tempi, modalità e procedure di verifica della loro attuazione".

Ulteriore questione risulta essere la cadenza annuale di sessione negoziale di contrattazione integrativa per gli istituti concernenti implicazioni economiche. In tale ambito nelle strutture della contrattazione integrativa relative ad esempio alla determinazione dei fondi contrattuali , alle relative risorse aggiuntive , ai sistemi di incentivazione alla produttività , alle risorse da dedicare agli strumenti di sviluppo del personale del comparto (progressioni verticali, progressioni orizzontali, posizioni organizzative, indennità di coordinamento) il processo di negoziazione continua di anno in anno , determinando quindi delle integrazioni e novazioni di clausole contrattuali integrative per le parti di riferimento.

Quanto alla problematica della applicazione delle norme contrattuali integrative , ricordiamo che le relative norme assumono ad una specifica obbligatorietà contrattuale da parte di chi li ha sottoscritti (in tal caso la delegazione aziendale in rappresentanza del datore di lavoro) e quindi la non applicazione da diritto ad ogni lavoratore dell'azienda ad una specifica azione risarcitoria nei confronti dell'amministrazione.

Ricordiamo infatti che la contrattazione è la modalità più vincolante del sistema delle relazioni sindacali e si svolge basandosi sulla convenienza delle parti e nel rispetto dei relativi ruoli.

E) L' Informazione.

L' istituto dell'informazione assunto come particolare strumento atto ad assicurare la trasparenza e la partecipazione nella attività delle organizzazioni sanitarie, consiste nell'attivare tutte quelle comunicazioni e trasmissione di relativa documentazione ai soggetti sindacali , al fine di rendere costruttivo il confronto tra le parti a tutti i livelli delle relazioni sindacali.

L'istituto è regolato dagli articoli 6 lettera a) di tutti i tre Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL 7.4.99 area del comparto ,CCNL 08.06.2000 della dirigenza medico-veterinaria ,CCNL 08.06.2000 della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) .

Le norme contrattuali citate prevedono che l'Azienda debba informare periodicamente e tempestivamente i soggetti sindacali sugli atti di valenza generale, anche di carattere finanziario, concernenti il rapporto di lavoro, l'organizzazione degli uffici e la gestione complessiva delle risorse umane (con una specifica sulla costituzione dei fondi previsti dal contratto , relativamente all'area della dirigenza).

Tale principio di carattere generale , viene successivamente rafforzato nell'obbligatorietà di informazione preventiva per tutte quelle materie per le quali il CCNL prevede la contrattazione integrativa, la concertazione e la consultazione.

Di norma , poi, viene introdotto il principio dell'informazione periodica - con cadenza almeno annuale- che deve prevedere uno specifico incontro- in presenza di iniziative concernenti le linee di organizzazione degli uffici e dei servizi ovvero per l'innovazione tecnologica nonché per eventuali processi di dismissione, esternalizzazione e trasformazione degli stessi.

Nel caso pratico , l'informazione può essere quindi di carattere preventivo con un obbligo per il datore di lavoro di fornire ai soggetti sindacali le informazioni necessarie relative alla decisioni da assumere e tale informazione per avere efficacia deve naturalmente precedere le decisioni organizzative , prevedendo altresì anche fasi successive informative laddove occorre fornire dati utili a valutare gli effetti delle decisioni assunte , al fine anche di un controllo costruttivo e correttivo e per l'analisi di ulteriori proposte di miglioramento.

L' informazione , non deve necessariamente prevedere una specifica richiesta del sindacato , ma deve essere assunta autonomamente ed in modo sistematico dall'Azienda in applicazione delle relative norme contrattuali che la prevedono.

Si tratta in tal caso di un mero invio di proposte progettuali , documentazione organizzativa , dati contabili , dati informativi , che possono ben essere trasmessi per corrispondenza alle organizzazioni sindacali. Ciò ad esclusione del caso dello specifico incontro annuale già menzionato previsto dagli articoli 6 comma 2 dei Contratti Collettivi Nazionali citati.

Nel caso pratico applicativo , si è però riscontrato che

diviene realmente difficile e rigido nell'andamento delle attività , stabilire una prassi operativa di inviare tutta la documentazione ogni qualvolta si profili la rientranza nella materia soggetta all'informazione . Ciò posto,

di notevole utilità può essere la definizione di un protocollo d'intesa sulle relazioni sindacali al fine di regolamentare specifiche fattispecie e relativi tempi per calibrare e rendere realmente efficace lo strumento dell'informazione.

Tale portocollo d'intesa può , altresì , essere di notevole utilità laddove si ritenga opportuno decentrare nelle varie articolazioni aziendali sanitarie (tale prospettiva in riferimento soprattutto alle aziende sanitarie territoriali che prevedono una articolazione distrettuale socio-sanitaria) l'attivazione dell'istituto dell'informazione ai soggetti sindacali in correlazione con le competenze funzionali attribuite.

Lo strumento dell'informazione , comunque , rimane la porta importante di accesso per conoscere quanto sta avendo nelle organizzazioni sanitarie da parte dei soggetti sindacali , al fine proprio di poter valutare , analizzare e studiare ed avanzare proposte per un ulteriore confronto e dibattito attraverso gli altri strumenti proposti dalle relazioni sindacali come la contrattazione integrativa , la concertazione e la consultazione , ma anche le commissioni paritetiche e la proposta di costituzione di gruppi di lavoro per affrontare in comune determinate tematiche.

F) La Concertazione.

Consiste in una modalità di confronto tra la delegazione trattante aziendale e le organizzazioni sindacali su determinate materie previste dai contratti nazionali, che può concludersi con una intesa (non avente però natura contrattuale) oppure con posizioni diverse.

La concertazione ha una procedura formale specifica : l'avvio è dato sempre da una richiesta che può essere inoltrata dalle organizzazioni sindacali (ad esempio nel caso ricevano una informazione specifica su una materia) o anche da una iniziativa diretta da parte dell'Azienda che convoca le organizzazioni sindacali per una procedura di concertazione relativa alla regolamentazione delle materie previste dal contratto.

Nel caso che la richiesta di concertazione venga formulata dalle organizzazioni sindacali , gli incontri di concertazione debbono iniziare entro le quarantotto ore dalla data di ricezione della richiesta e concludersi nel termine tassativo di trenta giorni dalla data della relativa richiesta. Non si rinvergono tempi particolari, invece, nel caso sia l'Azienda di propria iniziativa ad avviare mediante richiesta scritta la procedura di concertazione. In tale situazione , se si può benissimo superare l'obbligatorietà delle quarantotto ore (vigente nel caso di richiesta sindacale , proprio a garanzia di un confronto immediato ed al fine di evitare comportamenti opportunistici ed evasivi da parte dell'Azienda Sanitaria) rimarrebbe sicuramente

il termine tassativo dei trenta giorni di durata della concertazione posto come equo principio di snellezza delle relazioni sindacali e in tal caso delle attività organizzative correlate a servizi e attività socio-sanitarie che non possono essere paralizzate all'infinito nel caso non si raggiunga una intesa di concertazione.

L'avvio della concertazione , che abbiamo visto originare da una apposita richiesta , deve prevedere un apposito ordine del giorno delle materie da trattare.

Le norme contrattuali prevedono che dell'esito della concertazione venga redatto un verbale dal quale risultino le posizioni delle parti nelle materie oggetto della stessa.

Quest'ultima norma caratterizza ed evidenzia la natura propria della concertazione , di derivazione più

politica che giuridica contrattuale in quanto pur prendendo in considerazione le posizioni delle parti , l'azienda può agire di propria discrezionalità tenendo però in debita attenzione proprio il ruolo e i rapporti di forza delle organizzazioni sindacali. La evidenziazione della differenza tra la contrattazione e la concertazione assume a riferimento preciso nell'analisi delle sanzioni cui si incorre nel caso di non rispetto degli accordi contrattuali e nel caso di mancata condivisione da parte di tutte le organizzazioni sindacali sulle materie oggetto di concertazione. Difatti se nella prima ipotesi ogni lavoratore ha diritto di adire il giudice ordinario per il rispetto di ogni contratto e quindi anche delle causole contrattuali di contrattazione collettiva integrativa , nella seconda ipotesi occorre invece fare due distinte considerazioni :

- se la fattispecie attiene alla mancata attivazione della procedura di concertazione , ci troviamo di fronte ad un preciso indempimento di clausole del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro con la previsione di sanzioni di carattere giuridico-contrattuale.

- se viceversa la procedura di concertazione viene svolta correttamente in applicazione delle norme contrattuali , ma non si trova un consenso unanime o addirittura nessun consenso , di fronte ad una scelta aziendale in contrapposizione alle organizzazioni sindacali possono scattare non più delle sanzioni di carattere giuridico , ma delle contrapposizioni di merito rientranti nel conflitto politico-sindacale . In tal caso le organizzazioni sindacali , più che con norme giuridiche non esistenti , si debbono accostare all'elemento del merito politico sindacale che rende o meno opportuna una forma di lotta politica quale lo sciopero.

Vediamo adesso quali sono le materie di concertazione previste dai Contratti Collettivi dell'area sanità .

L'art. 6 del CCNL 7.4.1999 - 1998/2001 - area comparto sanità - (confermato dal recente CCNL 19/4/2004 periodo 2002-2005) prevede le seguenti materie di concertazione :

-

articolazione dell'orario di servizio;

-

verifica periodica della produttività delle strutture operative;

-

definizione dei criteri per la determinazione della distribuzione dei carichi di lavoro;

-

andamento dei processi occupazionali;

-

criteri e modalità per lo svolgimento delle selezioni per i passaggi tra le categorie(art. 16 del CCNL 1998-2001)[29]

-

valutazione delle posizioni organizzative e relativa graduazione delle funzioni (art. 20 del CCNL 1998-2001)[30]

-

conferimento degli incarichi relativi alle posizioni organizzative e loro valutazione periodica (art. 21 del CCNL 1998-2001)

-

sistemi di valutazione permanente (art. 35 comma 2 del CCNL 1998-2001)

A tali materie va aggiunta quella prevista dall'art. 10 del CCNL II° biennio economico 2000/2002 - che prevede di stabilire con procedura di concertazione i criteri e le modalità di assegnazione delle indennità di coordinamento del personale sanitario e sociale.

Per quel che concerne il personale dirigenziale (dirigenza medico-veterinaria e dirigenza sanitaria professionale tecnica e amministrativa) entrambi i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro 08.06.2000 - periodo 1998/2001 - prevedono all'art. 6 lettera B) le seguenti materie di concertazione:

-

criteri generali per l'affidamento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali;

-

criteri per l'articolazione delle posizioni organizzative, delle funzioni e delle connesse responsabilità ai fini della retribuzione di posizione;

-

gli effetti di ricaduta dei sistemi di valutazione dell'attività dei dirigenti sul trattamento economico;

-

criteri per l'articolazione dell'orario e piani per assicurare le emergenze;

-

condizioni, requisiti e limiti per il ricorso alla risoluzione consensuale;

A tali materie si aggiunge quella prevista dagli articoli 32 “ La valutazione dei Dirigenti “ di entrambi i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dell'area dirigenziale - relativa alla concertazione dei criteri generali che informano i sistemi di valutazione delle attività professionali, delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti nonché dei relativi risultati di gestione.

G) La Consultazione.

Si tratta di una modalità di confronto basata più sull'acquisizione di un parere

dalle Organizzazioni Sindacali

su determinate tematiche . La formula appropriata può inquadrarsi nella necessità di sentire le organizzazioni sindacali , con qualsiasi forma ritenuta più utile e snella . Pertanto la procedura di consultazione può ben essere effettuata anche con lo scambio di corrispondenza tra l'azienda e le organizzazioni sindacali , ma anche con l'utilizzo della più moderna posta elettronica.

La consultazione , non prevedendo

alcuna necessità di giungere alla stipulazione di un accordo (come per la contrattazione) , ne tantomeno la necessità di redigere un verbale (obbligatorio nella procedura di concertazione) e' una forma di relazioni sindacali molto leggera e discrezionale.

Ci troviamo anche qui in una dimensione più prettamente politica , che porta ad una analisi preventiva sull'opportunità o meno di compiere una determinata azione .

La formula “sentite le organizzazioni sindacali” che può ben essere utilizzata nella procedura di consultazione , conferisce un consenso formale all'azione nel senso della trasparenza dell'attività di una organizzazione sanitaria e soprattutto di partecipazione costruttiva.

Tale occasione può anche essere di notevole utilità per le organizzazioni sindacali , non solo nel ruolo di controllori delle azioni che possono danneggiare i lavoratori iscritti , ma anche e soprattutto nel ruolo di partecipazione alle attività di una azienda sanitaria con proposte che arricchiscano qualitativamente il

contenuto delle azioni medesime.

Vediamo adesso per quali materie è prevista la procedura della consultazione con le Organizzazioni Sindacali.

Il CCNL 7.4.99 - periodo 1998/2001 - del personale del comparto sanità - prevede all'art. 6 lettera C) - una consultazione facoltativa prima dell'adozione degli atti interni di organizzazione aventi riflessi sul rapporto di lavoro e una consultazione obbligatoria relativamente a :

-

organizzazione e disciplina degli uffici, nonché la consistenza e la variazione delle dotazione organiche;

-

modalità per la periodica designazione dei rappresentanti per la composizione del collegio arbitrale di cui all'art. 59, comma 8, del Dlgsvo n. 29/93 valevole sino all'entrata in vigore della disciplina inerente i collegi di conciliazione ed arbitrato;

-

casi di cui all'art. 19 del Dlgsvo 19 settembre 1994 n. 626.

I Contratti Collettivi Nazionali 08.06.200 dell'area dirigenziale prevedono a loro volta le seguenti materie di consultazione:

-

adozione degli atti interni di organizzazione aventi riflessi sul rapporto di lavoro (facoltativa)

-

organizzazione e disciplina di strutture ed uffici, ivi compresa quella dipartimentale e distrettuale, nonché la consistenza e la variazione delle dotazioni organiche (obbligatoria)

-

casi di cui all'art. 19 del dlgsvo 19 settembre 1994 n. 626 (obbligatoria).

H) Le Commissioni Bilaterali

Tutti i tre Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dell'area della sanità (dirigenza medico-veterinaria , dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa e personale del comparto) prevedono la possibilità di istituire Commissioni Bilaterali e/o Osservatori (composte da personale aziendale e componenti delle organizzazioni sindacali)

per l'approfondimento di specifiche problematiche, in particolare concernenti l'organizzazione del lavoro in relazione ai processi di riorganizzazione delle aziende o enti ovvero alla riconversione o disattivazione delle strutture sanitarie nonché l'ambiente, l'igiene e sicurezza del lavoro e le attività di formazione.

La natura delle Commissioni Bilaterali è esplicitata dalle stesse norme contrattuali che attribuiscono alle medesime una dimensione di analisi di studio, di raccolta di dati relative alle materie di competenza , per poi giungere a formulare delle specifiche proposte . Ciò viene rimarcato dal fatto che a tali organismi non si è configurata la natura propria negoziale, ma più di analisi e di studio, non impegnando formalmente e giuridicamente

l' Azienda e le Organizzazioni Sindacali sui contenuti rinvenuti e proposti dai gruppi di lavoro delle Commissioni Bilaterali.

Se giuridicamente i contenuti delle Commissioni Bilaterali

non hanno natura negoziale, si può sostanzialmente rilevare l'importanza dei medesimi laddove in sede negoziale si rileva una problematica assai complessa che abbisogna di un approfondimento tecnico e di analisi per essere risolta. Ciò rileva tutta l'utilità dello strumento delle Commissioni Bilaterali che ben possono formulare adeguate proposte supportate da elementi scientifici da sottoporre poi in sede negoziale.

Di notevole utilità è pertanto l'uso delle Commissioni Bilaterali per affrontare le materie di contrattazione integrativa (di natura negoziale) in quanto possono assumere un ruolo preparatorio e di intenti da riportare in seduta di delegazione trattante aziendale e sindacale.

I Contratti Collettivi Nazionali ritornando sugli strumenti di partecipazione paritetica prevedono inoltre i

seguenti organismi :

-

la Conferenza Permanente Regionale costituita dai rappresentanti della Regione, dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e dalle Organizzazioni Sindacali , nell'ambito della quale almeno una volta l'anno in relazione alle specifiche competenze regionali in materia di programmazione dei servizi sanitari e dei relativi flussi finanziari sono verificate

la qualità e la quantità

dei servizi resi nonché gli effetti derivanti dall'applicazione dei contratti , con particolare riguardo agli istituti concernenti la produttività, le politiche della formazione, dell'occupazione e l'andamento della mobilità;

-

la Conferenza Nazionale con i rappresentanti dell'ARAN , con i rappresentati della Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato e Regioni e

con le Organizzazioni Sindacali, nell'ambito del quale almeno una volta l'anno, sono verificati gli effetti derivanti dall'applicazione del contratto nazionale con particolare riguardo agli istituti concernenti la produttività, le politiche della formazione e dell'occupazione e l'andamento della mobilità.

Il ruolo delle Conferenze pongono l'accento sull'importanza assunta dal sistema delle relazioni sindacali previsto nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dell'area sanità , in quanto oltre che per esigenze spiccatamente istituzionali , conferiscono alla funzione un ruolo di controllo costruttivo al fine di eliminare ipotesi di disfunzione applicativa dei contratti . La partecipazione dello Stato con i rappresentati dell'ARAN , delle Regioni e delle Organizzazioni Sindacali conferiscono ai relativi confronti anche un valenza sistemica di feed-back ravvisando sia quanto

di positivo è stato ottenuto ma anche e soprattutto le cose che non hanno funzionato in senso applicativo , al fine proprio di poter correggere il tiro nelle prossime tornate contrattuali.

I)

Le procedure di raffreddamento dei conflitti.

Le procedure di raffreddamento dei conflitti sono delle clausole contrattuali previste dai tre Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dell'area della sanità (area del comparto, area della dirigenza medico-vevtrinarria e area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) allo scopo di garantire i principi di responsabilità, correttezza, buona fede e trasparenza dei comportamenti ed assicurare con ciò la prevenzione dei conflitti[31].

Le procedure di raffreddamento dei conflitti prevedono in primo luogo la cosiddetta “ clausola di raffreddamento “ che consiste nell'obbligo per le parti , durante il primo mese di negoziato relativo alla contrattazione integrativa, di non assumere iniziative unilaterali né di procedere ad azioni dirette. Stessa regola vale anche durante il periodo in cui si svolgono le procedure di concertazione e di consultazione.

Tale prima fattispecie , comporta un obbligo di rispettare la dovuta forma di confronto prevista dalle relazioni sindacali , avendo sempre a riferimento la visione costruttiva per affrontare le problematiche, evitando da parte sindacale delle iniziative di pressione e/o di scioperi e da parte aziendale delle azioni di natura unilaterale che possono inficiare il corretto proseguimento delle trattative.

Tale regola può essere considerata a doppia valenza , cioè in senso obbligatorio nel rispetto dei tempi e

procedure previste dalle relazioni sindacali e in senso liberatorio in relazione al fatto che una volta rispettate le procedure e i tempi, l'Azienda può sicuramente prendere liberamente le proprie decisioni ed evitare il perpetuarsi di eventuali comportamenti opportunistici e/o di boicottaggio da parte delle componenti sindacali. Ciò ricordiamo vale sicuramente per le procedure di concertazione, consultazione e contrattazione integrativa non implicanti l'erogazione di trattamenti economici. Discorso particolare merita invece l'obbligo di addivenire a un accordo nelle materie previste dall'art. 4 comma 5 del CCNL e cioè implicanti l'erogazione di risorse destinate al trattamento economico dove pare non esserci una via di uscita, nel senso che se non si trova un accordo non si può legittimamente procedere.

Tale ultimo assunto non deve però sottovalutare quanto previsto dall'art. 10 comma 2 laddove sancisce il principio che "le parti, comunque, compiono ogni ragionevole sforzo per raggiungere l'accordo nelle materie demandate" pertanto un comportamento sia aziendale che eventualmente sindacale diretto a inficiare in modo conclamato e continuo la possibilità di stipulazione di un accordo nel tempo anche sulle materie di contrattazione obbligatoria, potrebbe sicuramente comportare una precisa responsabilità in relazione alla non intenzionalità del rispetto delle procedure previste dalle relazioni sindacali.

In tal senso risulta fondamentale chiarire bene i ruoli e la tempistica prevista cercando di promuovere tutti quei comportamenti che possono favorire un senso di fiducia al tavolo negoziale.

Ulteriore procedura di raffreddamento dei conflitti risulta essere l'interpretazione autentica dei contratti collettivi. Si tratta di una metodologia di risoluzione delle eventuali controversie aventi carattere di generalità che traggono origine sulle modalità di interpretazione dei contratti collettivi. In tal caso le parti che hanno sottoscritto quelle specifiche clausole di interpretazione dubbia si incontrano per chiarire e definire consensualmente il significato della clausola controversa. Tale regola vale sia per le clausole di contrattazione collettiva nazionale che per le clausole di contrattazione integrativa, difatti le norme prevedono che l'eventuale accordo chiarificatore stipulato con le procedure di cui all'art. 51 del D.lgsvo n. 29/93 e/o quelle previste dagli articoli 5 dei CC.NN.LL. dell'area sanità per quel che concerne la contrattazione integrativa

, sostituiscono le clausole di dubbia interpretazione sin dall'inizio della vigenza del contratto.

In tale eventualità, pertanto se per una non corretta interpretazione contrattuale si è erogato un

trattamento non dovuto oppure non si erogato un trattamento dovuto, occorre procedere a sanatoria ponendo in essere le modalità applicative corrette fin dalla vigenza del contratto.

La procedura di interpretazione autentica che può insorgere anche a causa di una eventuale creatività linguistica non facilmente comprensibile da chi poi è chiamato ad applicare le norme contrattuali, deve , pertanto, poter essere risolta solo dagli stessi attori che hanno prodotto la clausola in questione, fornendo appunto i necessari elementi chiarificatori e una corretta interpretazione della manifestazione di volontà di entrambe le parti , elemento essenziale di negoziazione.

Conclusioni.

Il recente CCNL sottoscritto il 19 Aprile 2004

- periodo 2002-2005 - area comparto sanità- ha confermato in generale il sistema delle relazioni sindacali previsto dal precedente CCNL 7 aprile 1999 e dal Contratto Integrativo 20 Settembre 2001 . Stessa cosa , ci sembra naturale che avverrà per i prossimi Contratti Collettivi Nazionali delle aree dirigenziali.

Abbiamo visto che tale sistema delle relazioni sindacali è un fenomeno complesso che interagisce con vari livelli istituzionali nazionali , regionali e naturalmente aziendali.

Già con l'approvazione della Legge Costituzionale 18 Ottobre 2001 n. 3 sono state apportate delle modifiche significative all'ordinamento della repubblica avviando anche il processo di federalismo sanitario. Difatti la norma costituzionale citata individua tra le materie di legislazione concorrente anche quella relativa alla tutela della salute, ove spetta alle Regioni la potestà legislativa salvo che per la determinazione dei principi fondamentali riservati alla legislazione dello Stato[32].

Riguardo la Sanità si è assistito con l'accordo tra Governo e Regioni dell' 8 Agosto 2001 a una forte responsabilizzazione di quest'ultime istituzioni sulla spesa sanitaria anche con il trasferimento di rilevanti funzioni gestionali e organizzative[33].

Il coinvolgimento diretto da parte delle Regioni nella gestione della spesa sanitaria è reso ancora più evidente dal fatto che la sanità rappresenta una spesa per circa i due terzi del bilancio per ciascuna Regione, pertanto ne consegue che è vietato commettere grossi errori in un settore di tale portata e delicatezza.

Tali presupposti non potevano non influire anche sulle relazioni sindacali . Difatti in questi ultimi tempi si è assistito ad un forte intervento di coordinamento regionale attraverso linee di indirizzo per la contrattazione integrativa delle Aziende Sanitarie, volte ad un utilizzo più flessibile ed uniforme della cosiddette “ risorse aggiuntive” da assegnare ai fondi contrattuali. Tale propensione garantisce una maggiore visibilità alle stesse Regioni, nel rispetto dell'autonomia negoziale delle Aziende, al fine di assicurare un controllo della spesa nella contrattazione integrativa[34].

Anche a livello europeo ultimamente si è assistito ad una valorizzazione del “ dialogo sociale” come forma di negoziazione, consultazione o informazione tra Governi, datori di lavoro e sindacati per sviluppare il consenso sulle azioni politiche e sulle concrete misure per assicurare un equo sviluppo sociale ed economico.

Tale propensione ha visto negli ultimi anni una serie di conferenze di dialogo sociale nel settore ospedaliero tra l'EPSU che è la sigla della Federazione Europea dei Sindacati delle Pubbliche Amministrazioni (European Federation of Public Service Unions) e il CEEP che è la sigla del Centro Europeo delle Imprese a partecipazione pubblica e delle imprese di interesse economico generale - per trovare soluzioni ad importanti temi quali: le carenze del personale infermieristico e medico; il reclutamento del suddetto personale da altri paesi dell'U.E. ovvero da paesi terzi (Cina, Filippine, India ecc.); l'integrazione del personale proveniente dall'estero e il superamento di barriere derivanti dall'incontro di culture, razze e lingue diverse, al fine di evitare il disagio sociale.

Tali conferenze hanno inoltre messo in risalto che le questioni di politica sanitaria devono essere integrate in altre politiche (come quella della concorrenza, quelle economiche, ambientali, del mercato del lavoro, del commercio e dell'industria) dal momento che ospedali ben funzionanti e di alta qualità rappresentano ovunque una priorità assoluta[35].

Abbiamo visto nelle pagine precedenti gli strumenti e le regole che governano il sistema delle relazioni sindacali nelle aziende sanitarie , a ciò v'è ricordato che tali azioni possono risultare comunque inefficaci e conflittuali se non accompagnate da una buona dose di lealtà e correttezza delle controparti che se continua nel tempo contribuisce a creare un positivo clima di fiducia che non può che essere costruttivo.

L'accortezza di generare un clima di lealtà e correttezza deve essere un patrimonio comune di tutti gli attori aziendali e sindacali , avendo sempre a riferimento la vera sostanza delle relazioni sindacali tese a contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza delle aziende sanitarie di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dei servizi alla collettività.

A ciò deve naturalmente aggiungersi la piena consapevolezza aziendale che le relazioni sindacali non debbono costituire un fastidio operativo, ma per il vero costituiscono una importante occasione di partecipazione che può arricchire i contenuti e le proposte di azione , oltre che evitare i conflitti.

Una delle problematiche in cui spesso si incorre e' la previsione di accordi sindacali su metodologie e processi operativi che poi risultano di

difficile applicazione in ambito aziendale vuoi per la impreparazione tecnica dei soggetti competenti alla gestione dovuta il più delle volte ad una carenza informativa sulle caratteristiche tecniche dell'accordo , situazione che si verifica molto di frequente laddove vi sia una variabile di complessità organizzativa aziendale con la previsioni di articolazioni distrettuali e di presidio con un alto livello di decentramento gestionale e funzionale, come peraltro avviene di solito nelle Aziende Sanitarie Territoriali.

A tale problematica si può trovare una buona soluzione attraverso la preparazione tecnica (soprattutto nella fase di costruzione dell'accordo) delle materie da trattare con le organizzazioni sindacali , attraverso la diretta partecipazione e coinvolgimento dei soggetti aziendali tenuti poi a dare concreta applicazione, ma deve pure necessariamente prevedere un potenziamento dei circuiti informativi sulle caratteristiche tecniche e metodologiche dell'accordo , a posteriori, una volta sottoscritto definitivamente con le organizzazioni sindacali.

La questione cennata di carattere applicativo evidenzia l'aspetto che le relazioni sindacali non terminano con la stipulazione dei singoli accordi , ma continuano in un processo circolare , con caratteristiche di feed - back , pertanto alla fase di negoziazione e stipulazione segue la fase applicativa cui si deve prestare particolare attenzione sia per gli aspetti giuridici-contrattuali di applicazione delle clausole di contrattazione integrativa che per gli accordi di concertazione e le procedure di consultazione, favorendo con ciò non solo il rispetto di vere e proprie norme contrattuali(nel caso della contrattazione integrativa) ma anche la promozione della lealtà e correttezza nei confronti della controparte sindacale, a sua volta impegnata a rispettare gli impegni presi e comunicare ai lavoratori i vantaggi degli accordi ottenuti stimolando la loro valorizzazione e evitando i conflitti sociali.

L'attenzione alla fase applicativa , come testè indicato, risulta di fondamentale importanza anche per analizzare concretamente gli specifici impatti sull'organizzazione aziendale e sulla gestione del personale, al fine di evidenziare con congruo anticipo eventuali distorsioni che ben possono essere oggetto di ulteriori modifiche correttive in una successiva tornata di tavoli contrattuali e/o concertativi con le organizzazioni sindacali , tendendo anche per questo importante settore ad applicare i principi del miglioramento continuo dal punto di vista qualitativo.

Le norme contrattuali affrontano in modo specifico il tema della fase applicativa degli accordi venuti alla luce con il sistema delle relazioni sindacali , prevedendo ad esempio per le materie di contrattazione integrativa l'obbligatorio inserimento di clausole contrattuali circa tempi, modalità e procedure di verifica della loro attuazione[36].

Pertanto, prendendo spunto dalla norme contrattuali si puo' prevedere un monitoraggio costante e periodico a livello aziendale , come un osservatorio sulla fase applicativa estesa a tutti i livelli delle relazioni sindacali , che può ven sfociare anche con la previsione di incontri periodici con le organizzazioni sindacali tendendi a verificare quanto e come è stato fatto , evidenziando i risultati positivi ottenuti in ambito aziendale e nei confronti dei lavoratori e anticipando le eventuali distorsioni con atteggiamenti relamente costruttivi e di miglioramento.

Un' altra questione strettamente connessa al sistema delle relazioni sindacali sui cui è necessario soffermarci è quella inerente le strategie e le tattiche negoziali . La lealtà e correttezza nell'applicare le procedure e rispettare i tempi e i ruoli nelle relazioni sindacali come cennato, v` accompagnata ad una buona dose di capacità tattico-strategica nella conduzione delle trattative.

Pertanto entrano in gioco nelle relazioni sindacali due fasi ben distinte : quella del rispetto giuridico formale delle procedure previste dal sistema (informazione, consultazione, concertazione, contrattazione, raffreddamento dei conflitti) e quella di carattere tecnico-manageriale riguardo la conduzione propria delle trattative dove subentrano tattiche e strategie.

A titolo di primo esempio è palese che una richiesta sindacale di una certa importanza va ben ponderata ed analizzata e tenuta in gioco per un momento, al fine di portarla in trattativa quando l'azienda ha a sua

volta un argomento su cui occorre il consenso sindacale, tale strategia se ben condotta assume valore alle cose ottenute da parte sindacale (in quanto un accordo sofferto da più soddisfazione agli esseri umani) e contribuisce altresì ad una soluzione rapida di una questione aziendale che si mette sul tavolo di pari importanza.

Inoltre un documento preciso in ogni suo ambito e comprensivo di un certo atteggiamento di rigidità mentale , comporta sicuramente più problemi di un documento completo nelle parti essenziali ma da completare sulle clausole applicative con le proposte che provengono direttamente dalle controparti sindacali.

Ancora abbiamo visto l'utilità dei gruppi di lavoro e/o commissioni bilaterali che possono ben essere costituite con la partecipazione di soggetti sindacali e soggetti aziendali che discutono, analizzano , studiano ed elaborano una proposta congiunta da presentare in assemblea plenaria ufficiale di trattativa. Tale metodologia sicuramente facilita il lavoro e le trattative finali, in quanto è difficile che il componente sindacale chiamato a far parte del gruppo di lavoro, venga successivamente contraddetto in sede di assemblea plenaria dagli altri componenti appartenenti alle medesime sigle sindacali.

E ancora in una trattativa occorre sempre annunciare di più di quanto si vuole realmente ottenere, avendo ben preciso e tenendo per se' il livello quali-quantitativo dell'obiettivo da raggiungere, al di fuori del quale non è conveniente concludere l'accordo.

Ulteriore caratteristica è il tempo della trattativa in quanto la scala temporale del processo di contrattazione influisce sugli obiettivi della trattativa : se all'inizio c'è spesso una definizione poco chiara dei limiti estremi delle aspettative delle parti , questi possono diventare man mano nel tempo più chiari, in tal caso i rinvii e i ritardi possono essere utili per rafforzare la posizione di una delle parti, se il tempo è a suo favore e l'altra ha fretta di concludere.

Risulta utile alla parti prepararsi alla trattativa con sondaggi , precedenti e azioni intervenuti già in materia

, meglio se portati a termine da una medesima azienda sanitaria; in tal caso la parte che meglio acquisisce informazioni parte sicuramente avvantaggiata nella trattativa.

Altre tattiche e giochi strategici possono essere il cosiddetto “ballon d'essai” dove si mette in guardia la controparte sui possibili pericoli, per definire le sue aspettative, per mettere alla prova le possibili soluzioni e abituarla a un'idea poco vantaggiosa, l'evidenziare i propri ruoli e responsabilità e non lasciare agli altri cose che dovete fare voi , o anche la concezione che “ l'attacco è la miglior difesa” nel senso che chi conduce una trattativa deve avanzare fermamente le proprie richieste in grande stile , chiedendo tutto per raggiungere l'obiettivo prefissato, in quanto chi si limita a chiedere qualcosina non ottiene mai dei risultati positivi, o ancora ponendosi in modo che la controparte veda solo la vostre ragioni o anche sapere ascoltare attentamente attraverso l'arte di porre delle giuste domande per inquadrare le aspettative della controparte.[37]

Tali presupposti devono comportare una assoluta fiducia e segretezza da parte dei componenti della delegazione trattante aziendale sulle strategie e tecniche da adottare, in quanto eventuali collegamenti impropri con qualche sigla sindacale renderebbe tutto vano e molto difficile da perseguire.

Tali esempi , pertanto, sono degli spunti sulle miriadi di strategie e tattiche di notevole importanza per le relazioni sindacali , che meritano sicuramente un approfondimento. Ciò che era importante evidenziare in questa sede è che servono e vanno sicuramente affinati nel tempo da chi conduce a livello aziendale le relazioni sindacali.

Il sistema delle relazioni sindacali esposto nelle pagine precedenti richiede propensioni e caratteristiche complesse , in quanto abbraccia campi di carattere politico-sindacale ; di specifica politica-sanitaria e programmazione aziendale , di carattere strettamente tecnico- giuridico nonché anche di carattere manageriale per i monitoraggi delle fasi applicative e veduta di organizzazione del lavoro e soprattutto per la capacità strategica e di tecniche negoziali.

Oggi nelle Aziende Sanitarie e in tutte le Pubbliche Amministrazioni il cammino delle relazioni sindacali sul modello di tipo privatistico-contrattuale è appena all'inizio , a volte irto di ostacoli , ma anche

generatore di grandi successi , sicuramente con il proseguo del tempo e con le prime esperienze vissute nel pubblico impiego di negoziazione vera e propria con le organizzazioni sindacali si può far tesoro degli errori e dei risultati ottenuti sostenendo con convinzione che
“ non ci resta che migliorare “.

[1]l'art. 2 comma 2 del Decreto Legislativo 30 Marzo 2001 n. 165 “ Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” recita testualmente : i rapporti di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche sono disciplinati dalle disposizioni del capo I, titolo II, del libro V del codice civile e dalle leggi sui rapporti di lavoro subordinato nell'impresa, fatte salve le diverse disposizioni contenute nel presente decreto. Eventuali disposizioni di legge, regolamento e statuto, che introducano discipline dei rapporti di lavoro la cui applicabilità sia limitata ai dipendenti delle

amministrazioni pubbliche, o a categorie di essi, possono essere derogate da successivi contratti o accordi collettivi e, per la parte derogata non sono ulteriormente applicabili, salvo che la legge disponga espressamente in senso contrario.

[2] Mario Ricciardi “ Riflessioni sull'entrata a regime del nuovo sistema di relazioni sindacali nel pubblico impiego” - tratto da atti del seminario “ il sistema delle relazioni sindacali nel pubblico impiego” Roma 8 Ottobre 2002- l'autore

pone in evidenza che “ l'impianto fondamentale della riforma della cosiddetta privatizzazione metteva in stretta connessione tra loro l'obiettivo di trasformare la pubblica amministrazione nel senso di una maggiore efficienza e l'esigenza di convogliare sugli obiettivi di riforma un ampio consenso sociale. Agli autori della riforma era ben presente la difficoltà dell'impresa e probabilmente anche le resistenze e gli ostacoli che essa avrebbe incontrato. E tuttavia viene in loro la convinzione che se vi era una possibilità per condurla in porto, essa era appunto quella di convogliare attorno al progetto un vasto consenso sociale, innanzi tutto da parte dei lavoratori della pubblica amministrazione stessa. Nasce qui, mi sembra, l'idea della contrattualizzazione e del suo primato: l'idea cioè che la riforma potesse marciare soltanto utilizzando uno strumento flessibile e consensuale come la contrattazione collettiva e affermando il suo primato sulla legge.

[3] I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dell'area della sanità sanciscono che “ il sistema delle relazioni sindacali, nel rispetto delle distinzioni delle responsabilità delle aziende e degli enti del comparto e dei sindacati, è

riordinato in modo coerente con l'obiettivo di contemperare l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale dei dipendenti con l'esigenza delle aziende ed enti di incrementare e mantenere elevate l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività.

[4] L'articolo 46 comma 1 del Decreto Legislativo 30 Marzo 2001 , n. 165 “ Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche” testualmente recita : “le pubbliche amministrazioni sono legalmente rappresentate dall'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni - ARAN, agli effetti della contrattazione collettiva nazionale. L'ARAN esercita a livello nazionale, in base agli indirizzi ricevuti ai sensi degli articoli 41 e 47, ogni attività relativa alle relazioni sindacali, alla negoziazione dei contratti collettivi e alla assistenza delle pubbliche

amministrazioni ai fini dell'uniforme applicazione dei contratti collettivi. Sottopone alla valutazione della commissione di garanzia dell'attuazione della legge 12 giugno 1990, n. 146, e successive modificazioni ed integrazioni, gli accordi nazionali sulle prestazioni indispensabili ai sensi dell'articolo 2 della legge citata”.

[5]l'art. 9 del CCNL 1998/2001 area comparto sanità , nonché gli articoli 10 dei CCNL 1998/2001 dell'area medico-veterinaria e dell'area sanitaria professionale tecnica e amministrativa - riguardo la composizione delle delegazioni dispongono come di seguito:

- la delegazione trattante di parte pubblica, in sede decentrata, e costituita dal titolare del potere di rappresentanza dell'Azienda o Ente o da un suo delegato e dai rappresentanti dei titolari degli uffici interessati.

- per le organizzazioni sindacali, la delegazione è composta: dalle RSU (per l'area comparto sanità) e dai rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria firmatarie del CCNL.

[6]Mario Ricciardi “ Riflessioni sull'entrata a regime del nuovo sistema sindacale nel pubblico impiego” tratto da atti del seminario “ il sistema delle relazioni sindacali nel pubblico impiego” Roma 8 Ottobre 2002 - l'autore tra le ragioni per cui si è adottato questo sistema a “ doppia chiave” individua da un lato ragioni storiche “ non bisogna dimenticare infatti che il sindacalismo italiano ha , come è noto, due anime, una più associativa, legata cioè ad una concezione del sindacato che procura vantaggi soprattutto ai suoi iscritti, ed una più movimentista, che valorizza cioè il ruolo del sindacato come strumento di progresso per l'intera classe lavoratrice.

[7]Silvana Dragonetti “ La rappresentatività e la rappresentanza sindacale dalla legge 93 del 1983 sino alla riforma del 1998” da Quaderni Rassegna Sindacale - Lavori -anno 2002, n. 1.

[8]Si veda il Titolo II Relazioni Sindacali - Capo I Metodologie di Relazioni -art. 3 “ Obiettivi e strumenti” del CCNL 1998/2001 area comparto sanità , del CCNL 1998/2001 area medico-veterinaria e del CCNL 1998/2001 area sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa.

[9]Il protocollo sulla politica dei redditi e dell'occupazione, sugli assetti contrattuali e sul sostegno produttivo - siglato il 23 Luglio 1993 tra Governo e Organizzazioni Sindacali testualmente recita :
Gli assetti contrattuali prevedono un contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria; un secondo livello di contrattazione, aziendale o alternativamente territoriale, laddove previsto, secondo l'attuale prassi, nell'ambito di specifici settori. Il CCNL ha durata quadriennale per la materia normativa e biennale per la materia retributiva. La dinamica degli effetti economici del contratto sarà coerente con i tassi di inflazione programmata assunti come obiettivo comune. Per la definizione di detta dinamica sarà tenuto conto delle politiche concordate nelle sessioni di politica dei redditi e dell'occupazione, dell'obiettivo mirato alla salvaguardia del potere di acquisto delle retribuzioni, delle tendenze generali dell'economia e del mercato del lavoro, del raffronto competitivo e degli andamenti specifici del settore. In sede di rinnovo biennale dei minimi contrattuali ulteriori punti di riferimento del negoziato saranno costituiti dalla comparazione tra l'inflazione programmata e quella effettiva intervenuta nel precedente biennio, da valutare anche alla luce di eventuali variazioni delle ragioni di scambio del paese, nonché dell'andamento delle retribuzioni.

[10]Si veda il
Documento di Programmazione Economico-Finanziaria per gli anni 2003-2006
- alla sezione VI punto 2.7 “ La Pubblica Amministrazione, l'e-government e le politiche di razionalizzazione degli acquisti” - dove si stabilisce
“ la rideterminazione delle risorse per i rinnovi contrattuali e per gli adeguamenti retributivi indicati nella legge finanziaria 2002, allo scopo di attribuire incrementi retributivi medi complessivi del 5,56% relativamente al biennio 2002-2003, comprendendo l'ulteriore incremento dello 0,99% previsto dai protocolli di intesa con le organizzazioni sindacali da destinare prevalentemente alla incentivazione della

produttività dei dipendenti, e in coerenza con gli accordi del comparto sicurezza.

[11]Si veda a titolo di esempio il CCNQ del 24.07.2003 su arbitrato e conciliazione; il CCNQ 18.12.2002 per la ripartizione dei distacchi e permessi alle organizzazioni sindacali rappresentative nei comparti nel biennio 2002-2003.

[12]Si veda l'art. 41 del D.lgs.vo n. 165/2001
“ Poteri di indirizzo nei confronti dell'ARAN” .

[13]Si ricorda che il decreto legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 “ riordino della disciplina in materia sanitaria” così come modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 229/99 - all'art. 3 comma 1 bis testualmente recita : In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale di cui all'art.2, comma 2-sexies. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

[14]Trattasi del Fondo della produttività collettiva per il miglioramento dei servizi e per il premio della qualità delle prestazioni individuali.

[15]Ricordiamo che l'art. 38 del CCNL 1998/2001 del comparto sanità , confermato anche dal recente CCNL 2002/2005 comparto sanità , istituisce due fondi : quello relativo alle indennità per particolari condizioni di lavoro e quello relativo alla produttività collettiva e premio per la qualità delle prestazioni individuali.L'art. 39 del CCNL 1998/2001 individua il fondo per il finanziamento delle fasce retributive, delle posizioni organizzative.della parte comune dell'ex indennità di qualificazione professionale e dell' indennità professionale specifica.

[16]l'art. 43 della Legge 27 Dicembre 1997 n. 449 “ Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica” prevede la possibilità, per le pubbliche amministrazioni, di stipulare contratti di sponsorizzazioni ed accordi di collaborazione con soggetti privati ed associazioni, senza fini di lucro, per favorire l'innovazione dell'organizzazione amministrativa e realizzazione di maggiore economie con una migliore qualità dei servizi prestati. Le iniziative devono essere dirette al perseguimento di interessi pubblici,devono escludere forme di conflitto di interesse tra l'attività pubblica e quella privata e devono comportare risparmi di spesa rispetto agli stanziamenti disposti.

[17]l'art. 1 comma 59 della Legge 23 Dicembre 1996 n. 662 “ Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” prevede la seguente suddivisione dei risparmi di spesa derivanti dalla trasformazione dei rapporti di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni da tempo pieno a tempo parziale:

-
il 30%
dei risparmi
costituisce una economia di bilancio

-
il 50% dei risparmi può essere utilizzata per incentivare la mobilità del personale , ovvero, esperite inutilmente le

procedure per la mobilità, per nuove assunzioni

- il 20% dei risparmi è destinata, secondo le modalità e i criteri stabiliti dalla contrattazione decentrata, al miglioramento della produttività individuale e collettiva.

I risparmi eventualmente non utilizzati per le predette finalità costituiscono ulteriori economie di bilancio.

[18]I fondi contrattuali sono risorse inalienabili del personale delle aziende sanitarie; non possono essere inutilizzati e non possono venire accantonati come risparmi di gestione. I Fondi sono soggetti al principio di circolarità che consente lo spostamento delle relative risorse da un fondo all'altro. Si veda a titolo di esempio la possibilità di spostamento di risorse dal Fondo per il compenso straordinario, disagio e pericolo verso il fondo delle fasce retributive posizioni organizzative e parte comune ex indennità di qualificazione professionale e indennità professionale specifica o verso il fondo della produttività collettiva per le risorse non utilizzate , a sua volta dal fondo di produttività collettiva possono essere spostate risorse verso il fondo delle fasce retributive e quest'ultimo fondo può consentire , del pari, uno spostamento di risorse verso il fondo della produttività collettiva per le risorse inutilizzate.

[19]l'art. 27

del CCNL 1998/2001 del comparto sanità testualmente recita : Per il personale adibito a regimi di orario articolato in più turni o secondo una programmazione plurisettimanale ai sensi dell'art. 26, finalizzati al

miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle attività istituzionali ed, in particolare, all'ampliamento dei servizi all'utenza, i contratti collettivi integrativi potranno prevedere, con decorrenza stabilita nella medesima sede ed in via sperimentale, una riduzione dell'orario fino a raggiungere le 35 ore medie settimanali. I maggiori oneri derivanti dall'applicazione della suddetta riduzione dovranno essere fronteggiati con proporzionali riduzioni del lavoro straordinario oppure con stabili modifiche degli assetti organizzativi oppure, ove ulteriormente necessario, con risorse appositamente individuate in sede di contrattazione integrativa.

[20]Ricordiamo che l'art. 26 del CCNL 1998/2001 testualmente recita : 1. L'orario di lavoro è di 36 ore settimanali ed è funzionale all'orario di servizio e di apertura al pubblico. I criteri delle politiche dell'orario di lavoro, nell'ambito di quanto previsto dal presente articolo, sono definiti con le procedure previste dall'art. 4 comma 2 punto VIII. 2.L'orario di lavoro viene determinato sulla base dei seguenti criteri: ottimizzazione delle risorse umane; miglioramento della qualità della prestazione; ampliamento della fruibilità dei servizi in favore dell'utenza particolarmente finalizzato all'eliminazione delle liste di attesa; miglioramento dei rapporti funzionali con altre strutture,servizi ed altre amministrazioni pubbliche; erogazione dei servizi sanitari ed amministrativi nelle ore pomeridiane per le esigenze dell'utenza. 3. La distribuzione dell'orario di lavoro è improntata ai seguenti criteri di flessibilità,tenuto conto che diversi sistemi di articolazione dell'orario di lavoro possono anche coesistere: a) utilizzazione in maniera programmata di tutti gli istituti che rendano concreta una gestione flessibile dell'organizzazione del lavoro e dei servizi, in funzione di un'organica distribuzione dei carichi di lavoro; b) orario continuato ed articolato in turni laddove le esigenze del servizio richiedano la presenza del personale nell'arco delle dodici o ventiquattro ore; c) orario di lavoro articolato,al di fuori della lettera b), con il ricorso alla programmazione di calendari di lavoro plurisettemanali ed annuali con orari inferiori alle 36 ore settimanali. In tal caso nel rispetto del monte ore annuale, potranno essere previsti periodi con orari di lavoro settimanale, fino ad un minimo di 28 ore e, corrispettivamente, periodi fino a tre mesi all'anno, con orario di lavoro settimanale fino ad un massimo di 44 ore settimanali; d) assicurazione,in caso di adozione di un sistema di orario flessibile, della presenza in servizio di tutto il personale necessario in determinate fasce orarie al fine di soddisfare in maniera ottimale le esigenze dell'utenza; e) la previsione, nel caso di lavoro articolato in turni continuativi sulle 24 ore, di adeguati periodi di riposo tra i turni per consentire il recupero

psico-fisico; una durata della prestazione non superiore alle dodici ore continuative a qualsiasi titolo prestate, laddove l'attuale articolazione del turno fosse superiore; f) priorità nell'impiego flessibile, purchè compatibile con la organizzazione del lavoro e delle strutture,per i dipendenti in situazione di svantaggio personale,sociale e familiare e dei dipendenti impegnati in attività di volontariato ai sensi della legge 11 agosto 1991,n.266;g) tendenziale riallineamento dell'orario reale con quello contrattuale. 4. Il lavoro deve essere organizzato in modo da valorizzare il ruolo interdisciplinare dei gruppi e la responsabilità di ogni operatore nell'assolvimento dei propri compiti istituzionali. 5. L'osservanza dell'orario di lavoro da parte

del dipendente è accertata con efficaci controlli di tipo automatico. In casi particolari, modalità sostitutive e controlli ulteriori sono definiti dalle singole aziende ed enti, in relazione alle oggettive esigenze di servizio delle strutture interessate.

[21]L'art. 23 comma 10 del CCNL 1998/2001 area comparto sanità testualmente recita : Le aziende o gli enti, in presenza di particolari situazioni organizzative o gravi documentate situazioni familiari, previamente individuate nel contratto collettivo integrativo, possono elevare il contingente del comma 8 (si tratta del limite percentuale del 25 % della dotazione organica complessiva) di un ulteriore 10%.

[22]Ricordiamo che l'art. 17 del CCNL 1998/2001 area comparto sanità
“ Criteri e procedure per i passaggi all'interno di ciascuna categoria “- prevede per
il personale del comparto dei passaggi nell'ambito della stessa categoria tra profili di diverso livello economico nei limiti della dotazione organica. Tali passaggi vengono effettuati dalle Aziende previo superamento di una selezione interna aperta alla partecipazione dei dipendenti in possesso dei requisiti culturali e professionali previsti dalla relativa declaratoria dell'allegato 1. I criteri per le suddette selezioni e le procedure relative alla modalità di svolgimento vengono definite da apposito regolamento previo confronto sindacale di contrattazione integrativa.

[23]L'art. 35 comma 1 “ criteri per la progressione economica orizzontale” del CCNL 1998/2001 area comparto sanità , testualmente recita :

La progressione economica prevista dall'art. 30, comma 1 lettera b) si attiva con la stipulazione del

contratto collettivo integrativo, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 31 comma 3 e nel limite delle risorse finanziarie esistenti e disponibili nel fondo di cui all'art. 39, sulla base dei seguenti criteri da integrare in sede di contrattazione integrativa : a) per i passaggi alla prima, seconda e terza fascia retributiva, previa valutazione selettiva in base ai risultati ottenuti, alle prestazioni rese con più elevato arricchimento professionale, all'impegno e alla qualità della prestazione individuale; b) per i passaggi all'ultima fascia di ciascuna categoria, previa valutazione selettiva basata sugli elementi di cui al precedente punto a) utilizzati anche disgiuntamente che tengano conto :

- del diverso impegno, manifestato anche in attività di tutoraggio e di inserimento lavorativo dei neo assunti, della qualità delle prestazioni svolte, con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza;

- del grado di coinvolgimento nei processi aziendali, di capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi, di partecipazione effettiva alle esigenze di flessibilità, con disponibilità dimostrata ad accettare forme di mobilità programmata per l'effettuazione di esperienze professionali plurime collegate alle tipologie operative del profilo di appartenenza;

- dell'iniziativa personale e della capacità di proporre soluzioni innovative o migliorative dell'organizzazione del lavoro ovvero richiedano la definizione in piena autonomia di atti aventi rilevanza esterna.

[24]l'art. 52 dei CCNL 08.06.2000 istituisce il “ Fondo della retribuzione di risultato e premio per la qualità della prestazione individuale” al fine di individuare specifiche risorse finanziarie annualmente destinate a costituire una componente retributiva correlata ai risultati raggiunti dai dirigenti e finalizzata

anche a costituire un premio per il conseguimento di livelli di particolare qualità della prestazione.

[25]Ricordiamo che l'art. 50 dei CCNL 08.06.2000 area della dirigenza medico veterinaria e sanitaria professionale tecnica e amministrativa - istituisce il Fondo per la retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento e indennità di direzione di struttura complessa.

[26]L'art. 27 di entrambi i CCNL sia dell'area medica-veterinaria che dell'area sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa - prevede la seguente tipologia di incarichi :

a) incarico di direzione di struttura complessa. Tra essi è ricompreso l'incarico di direttore di dipartimento, di distretto

sanitario e di presidio ospedaliero;

b) incarico di direzione di struttura semplice;

c) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;

d) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

[27]l'art. 54 comma 1 di entrambi i CCNL sia dell'area medico-veterinaria che per quella sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa - prevede un apposito atto organizzativo dell'attività libero-professionale intramuraria adottato dall'Azienda Sanitaria con il concorso del collegio di direzione e con la procedura di contrattazione integrativa con le organizzazioni sindacali di categoria.

[28]Gli articoli 5 comma 2 dei CCNL dell'area medica veterinaria e dell'area sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa 08.06.2002 -testualmente recitano : l'azienda provvede a costituire la delegazione di parte pubblica abilitata alle trattative entro trenta giorni da quello successivo alla data di stipulazione del presente contratto ed a convocare la delegazione sindacale di cui all'art. 10, comma 2, per l'avvio del negoziato, entro quindici giorni dalla presentazione delle piattaforme.(di uguale tenore risulta l'art. 5 comma 1 del CCNL 7.4.1999 dell' area comparto sanità).

[29]L'articolo 16 del CCNL 1998-2001 area comparto sanità prevede dei passaggi per i dipendenti da una categoria all'altra immediatamente superiore previo superamento di una selezione interna aperta alla partecipazione dei dipendenti in possesso dei requisiti culturali e professionali previsti per l'accesso al profilo cui si riferisce la selezione.

[30]Le posizioni organizzative - previste dall'art. 20 del CCNL 1998-2001 area comparto sanità - riguardano settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzioni di servizi, dipartimenti , uffici o unità organizzative di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale e organizzativa, o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione, quali ad esempio i processi assistenziali, oppure lo svolgimento di attività di staff e/o studio, di ricerca, ispettive di vigilanza e controllo, di coordinamento di attività didattica. La graduazione delle funzioni è definita da ciascuna azienda o ente in base a criteri adottati per valutare le posizioni

organizzative individuate. Nella graduazione delle funzioni le aziende o enti tengono conto, a titolo esemplificativo, dei seguenti elementi, anche integrandoli con riferimento alla loro specifica situazione organizzativa:

a) livello di autonomia e responsabilità della posizione, anche in relazione alla effettiva presenza di posizioni dirigenziali sovraordinate;

b) grado di specializzazione richiesta dai compiti affidati;

c) complessità delle competenze attribuite;

d) entità delle risorse umane, finanziarie, tecnologiche e strumentali direttamente gestite;

e) valenza strategica della posizione rispetto agli obiettivi aziendali;

L'art. 21 comma 4 e 5 del CCNL 1998-2001 - in materia di posizioni organizzative prevede altresì che il risultato delle attività svolte dai dipendenti cui siano stati attribuiti incarichi di posizione organizzativa è

soggetto a specifica e periodica valutazione di cadenza non inferiore all'anno. A tal fine le aziende determinano in via preventiva i criteri che informano i sistemi di valutazione da gestire attraverso i servizi di controllo interno o nuclei di valutazione.

[31]Si veda il Capo III " Procedure di raffreddamento dei conflitti" articoli 10 e 11 del CCNL 7.4.1999 del comparto sanità - nonché il Capo III articoli 11 e 12 dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro 08.06.2000 dell'area medico-veterinaria e dell'area sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa.

[32]Si veda l'art.3 della Legge Costituzionale 18 Ottobre 2001 n. 3.

Nei principi fondamentali in materia di sanità rientrano sicuramente i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) intesi come uno strumento atto a garantire omogeneità di diritti sulla salute per tutti i cittadini italiani, a prescindere dal tipo di organizzazione preposta. I LEA - approvati con DPCM 29 Novembre 2001 - determinano i livelli minimi essenziali di prestazioni di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

[33]L'accordo dell' 8 Agosto 2001 pone ulteriori elementi di indirizzo verso il processo di federalismo sanitario. A fronte di un impegno del Governo ad incrementare notevolmente le risorse nazionali per la sanità, così da raggiungere in un triennio una quota vicino al 6% del PIL, che porrebbe l'Italia al passo con i principali partner europei, è stato dato il via libera alla progressiva delega alle Regioni della gestione della spesa e degli aspetti organizzativi, comprese le politiche del personale, l'erogazione dell'assistenza farmaceutica, gli assetti delle aziende ospedaliere e in generale tutti gli ambiti organizzativi del settore.

[34]l'art. 7 comma 1 del CCNL - 19.04.2004 - periodo 2002-2005 - aea comparto sanità - in materia di Coordinamento Regionale testualmente recita: Ferma rimanendo l'autonomia contrattuale delle Aziende ed Enti nel rispetto dell'art. 40 del d.lgs. n. 165/2001 , le Regioni possono emanare linee generali di indirizzo per lo svolgimento della contrattazione integrativa, previa informazione preventiva alle organizzazioni sindacali firmatarie del presente contratto, nelle seguenti materie relative:

a) all'utilizzo delle risorse aggiuntive regionali di cui all'art. 33 ed, in particolare, a quelle destinate all'istituto della produttività che dovrà essere sempre più orientata ai risultati in conformità agli obiettivi aziendali e regionali;

b) alla realizzazione della formazione continua, comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione permanente;

c) alle metodologie di utilizzo da parte delle aziende ed enti di una quota dei minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale (art. 39,comma 4 , lettera b) del CCNL 7 Aprile 1999 ora art. 31, comma 2 lettera a);

d) alla modalità di incremento dei fondi in caso di aumento della dotazione organica del personale o dei servizi anche ad invarianza del numero complessivo di essa (art. 39, comma 8 del CCNL 7 Aprile 1999, confermato dall'art. 31, comma 8 del presente contratto).

[35]S. Dragonetti “ Il dialogo sociale europeo nel settore ospedaliero” su rivista Aran-newsletter n. 6/2003 - Novembre-Dicembre 2003.

[36]Si vedano gli articoli

5 comma 4 “ tempi e procedure per la stipulazione o il rinnovo del contratto collettivo integrativo” dei tre Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro - area del comparto 7.4.1999 - area della dirigenza medico-veterinaria 08.06.2000 - area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa 08.06.2000.

[37] John Winkler “ Guida alle tecniche di negoziazione” Manuali professionali FrancoAngeli -anno 2004. Il volume può essere preso a riferimento per un approfondimento della materia.

<https://www.diritto.it/le-relazioni-sindacali-nelle-aziende-sanitarie/>