

**AS 2144 “Conversione in legge del decreto legge 22 marzo 2021, n. 41, recante misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all’emergenza da Covid -19”**

**PROPOSTA DI EMENDAMENTI ANAAO ASSOMED**

**1) RISORSE PER REMUNERAZIONE PRESTAZIONI OLTRE DEBITO ORARIO CONTRATTUALE**

La proposta emendativa è diretta a garantire valorizzazioni economiche, con risorse finalizzate, del lavoro svolto dai dirigenti medici e sanitari oltre il debito contrattuale nei reparti COVID, per tutto il periodo emergenziale. Viene in questo modo premiata l’importante opera sociale che i dirigenti medici e sanitari stanno svolgendo in questo periodo emergenziale. La tariffa oraria è quantificata in 80 euro e sottoposta allo stesso trattamento fiscale previsto per le lezioni private degli insegnanti pubblici (art. 1, commi 13 e seguenti della Legge 30 dicembre 2018, n. 145),

**PROPOSTA DI EMENDAMENTO**

Dopo l’articolo 20 aggiungere il seguente articolo

“Al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni commesse all’emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, dalla data di entrata in vigore del presente articolo e sino al 31 dicembre 2021, le Regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale autorizzano, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, i dirigenti medici e sanitari ad effettuare orario aggiuntivo ai limiti di orario di lavoro, previsti dalla normativa vigente, e dai CCNL, 38 ore, per i quali la tariffa oraria è stabilita in 80 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell’Amministrazione.

Alle suddette retribuzioni si applica l’aliquota fiscale del 15%.”

## **2) TASSAZIONE AGEVOLATA PER LE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE FINALIZZATE ALL'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA IN FASE POST COVID**

Le liste di attesa per le prestazioni specialistiche costituiscono uno dei problemi più sentiti dai cittadini, che rischia di essere accentuato in questa fase di ripresa dell'epidemia e di nuova emergenza nelle strutture sanitarie. E' necessario programmare, una volta superata la fase emergenziale il recupero dell'enorme arretrato di visite, accertamenti e interventi chirurgici rinviati nell'emergenza Covid se non si vuole innescare una seconda epidemia quella di "malati non Covid".

La loro riduzione dipende dall'incremento dell'offerta attraverso un aumento di numero del personale medico veterinario e sanitario specialistico o delle ore lavorate.

Il CCNL 2016-2018 della Dirigenza sanitaria prevede la possibilità per i professionisti di effettuare prestazioni aggiuntive fissando la retribuzione a 60 euro l'ora. Per ogni milione di ore/anno effettuate si rendono disponibili, alla luce della normativa Covid, circa due milioni di prestazioni.

Se a questa retribuzione si applicasse lo stesso trattamento fiscale previsto per le lezioni private degli insegnanti pubblici (art. 1, commi 13 e seguenti della Legge 30 dicembre 2018, n. 145), si metterebbero a disposizione dei cittadini prestazioni aggiuntive al lavoro ordinario adeguatamente remunerate con notevole possibilità di recupero delle prestazioni rinviate.

### **PROPOSTA DI EMENDAMENTO**

Dopo l'articolo 20, aggiungere il seguente articolo 20bis

*"Alle retribuzioni della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, derivanti dalla effettuazione di prestazioni aggiuntive richieste dalle aziende sanitarie per l'abbattimento delle liste di attesa, si applica l'aliquota fiscale del 15%".*

### **3) INDENNITA' DA RISCHIO BIOLOGICO PER DIRIGENZA AREA SANITA'**

L'articolo 268 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 prevede l'esistenza di attività lavorative nelle quali vi sia rischio di esposizione ad agenti biologici e lo suddivide in quattro gruppi per livello crescente di rischio.

La descrizione dallo stesso fatta per i gruppi 2, 3 e 4 si attanaglia in modo specifico, agli operatori sanitari per le caratteristiche peculiari della loro attività lavorativa, per cui risulta evidente che per tutti i dirigenti del ruolo sanitario sia prevedibile l'appartenenza ad uno dei tre gradi di rischio suddetti. La controprova di ciò è data dallo stesso Legislatore che all'articolo 274 del suddetto d.lgs. sente la necessità di individuare delle particolari misure specifiche per tentare di prevenire tale rischio in sanità.

Lo stesso Legislatore, all'articolo 271 dello stesso d.lgs., affida al datore di lavoro (nel caso del S. S. N., le aziende sanitarie) il dovere di valutare il rischio biologico di ciascun lavoratore con l'aiuto del Medico competente e del rappresentante della sicurezza all'interno dell'azienda, per decidere a quale grado di rischio assegnarlo e di conseguenza quali accorgimenti utilizzare per ridurlo.

La legislazione vigente (combinato – disposto della Legge 734 del 1973, art. 1 e 4 e D.P.R. 146 DEL 1975, punto 9 del gruppo 5 dell'allegato A e loro s. m.) prevede l'indennità di rischio biologico solamente per gli operatori sanitari non dirigenti. Tale esclusione è perdurata fino ad oggi, malgrado il dettato del d.lgs. n. 626 del 1994 e del d.lgs. 81 del 2008 prevedessero invece la possibilità di un rischio biologico per tutte le categorie di operatori sanitari, senza escluderne alcuna. **In conseguenza di ciò, tale indennità è stata prevista fino ad oggi nei Contratti Collettivi Nazionali degli operatori sanitari del comparto sanità e non in quelli dei dirigenti del ruolo sanitario.**

Tale vulnus legislativo ha determinato nei fatti una palese iniquità di trattamento fra due categorie di lavoratori esposti a parità di condizioni agli stessi rischi. Tale iniquità è stata resa ancor più palese dalla emergenza Covid 19.

**Scopo di questa proposta di emendamento** è di correggere tale vulnus legislativo, di equiparare il valore di tale indennità per i suddetti dirigenti a quella del personale infermieristico e di correlarla ai gradi di rischio previsti dall'articolo 268 del d.lgs 9 aprile 2008 n. 81.

Per calcolare l'onere economico di tale indennità (230 milioni al lordo degli oneri previdenziali riflessi) si è partiti dai seguenti dati:

- 130.000 la prevista dotazione organica nazionale di dirigenti del ruolo sanitario;
- 250 giorni presenza media anno di giorni lavorativi per dirigente;
- 15.000 circa il numero di dirigenti attribuibili al gruppo 4 del grado di rischio previsto dal d.lgs 81 del 2008;
- 35.000 circa quelli attribuibili al gruppo 3 di grado di rischio;
- 80.000 circa quelli attribuibili al gruppo 2.

### **PROPOSTA DI EMENDAMENTO**

Dopo l'articolo 20, aggiungere il seguente articolo 20bis:

20 bis "Indennità da rischio biologico per la dirigenza sanitaria"

1. Nelle attività lavorative dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie, di cui all'Articolo 7 del CCNQ sulla definizione dei comparti di contrattazione collettiva del 13 luglio 2016, in cui è presente una esposizione a rischio biologico identificabile nei gruppi 2, 3 e 4 del comma 1 dell'articolo 268 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 è corrisposta a partire dal 1 gennaio 2021, per ogni giornata di effettivo servizio prestato, una indennità da rischio biologico nella misura prevista di € 4,13, € 5,13 e € 10,26 a secondo dell'appartenenza ad uno dei suddetti gruppi.

2. L'individuazione dei dirigenti e l'attribuzione a questi della classe di rischio dei gruppi 2, 3 e 4 del comma 1 dell'articolo 268 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 è effettuata annualmente dal medico competente.

3. Conseguentemente agli oneri derivanti dalla presente disposizione, valutati in 230 milioni anno, a decorrere dal 2021 si provvede mediante incremento vincolato del fondo sanitario nazionale"

#### **4) ASSUNZIONI A TEMPO INDETERMINATO DI PERSONALE ASSUNTO O MANTENUTO IN SERVIZIO A TEMPO DETERMINATO O CON INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI AI FINI DELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID-19**

##### **RAZIONALE:**

Per tutto il periodo di emergenza Covid-19, le Aziende Sanitarie e gli Enti del SSN hanno conferito incarichi a tempo determinato o libero professionali a “personale delle professioni sanitarie, come individuate dall'articolo 1 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561, e dalla legge 18 febbraio 1989, n. 56,” specializzato e specializzando, attingendo anche alle domande presentate per concorsi pubblici allora non ancora espletati, ma le cui procedure si sono nel corso di questi mesi concluse generando graduatorie in corso di utilizzo. I concorsi ora conclusi sono stati programmati sulla base di fabbisogni definiti prima della fase di emergenza, quindi significativamente inferiori ai fabbisogni attuali. Le regole applicate di norma allo scorrimento delle graduatorie concorsuali imporrebbero peraltro che i posti messi a concorso vengano assegnati esclusivamente ai vincitori, comportando in alcune casi le dimissioni di tale personale medico dalle aziende che lo ha assunto a tempo determinato o con incarichi libero professionali durante la perdurante emergenza Covid. Per garantire la continuità dei servizi, nel rispetto delle norme e delle procedure concorsuali, nonché dei diritti di tutti i partecipanti ai suddetti concorsi, le aziende, terminato lo scorrimento a tempo indeterminato delle graduatorie, potranno utilizzare per coprire i fabbisogni di assunzioni a tempo indeterminato, gli eventuali titolari di incarichi a tempo determinato o libero professionali, nonché i medici che hanno di fatto svolto tali attività nell'ambito di un incarico precedentemente conferito, presenti nelle graduatorie in oggetto e che non abbiano accettato incarichi a tempo indeterminato da parte di altre Aziende.

##### **PROPOSTA EMENDATIVA**

Dopo l'articolo 20 aggiungere il seguente articolo 20bis

“Al fine di garantire la tenuta complessiva e la continuità dei servizi durante l'emergenza Sars Cov2, al momento del completamento dei concorsi a tempo indeterminato, tutti i medici risultati idonei e già assunti a tempo determinato saranno assunti a tempo indeterminato

dall'Azienda presso cui prestano servizio, secondo l'ordine di graduatoria; analogamente, al conseguimento della specializzazione, gli specializzandi presenti nella graduatoria separata del concorso a tempo indeterminato, a cui sia stato conferito un incarico libero professionale, saranno assunti a tempo indeterminato dall'Azienda che ha conferito l'incarico, secondo l'ordine di graduatoria".

## **5) RICERCATORI IRCCS**

### **RAZIONALE**

L'approvazione delle disposizioni di cui all'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, commi 422 e seguenti hanno determinato una complessa situazione nell'ambito degli IRCCS ed IZS; in particolare è stata prevista una procedura di stabilizzazione del personale precario della ricerca biomedica costituito da medici, veterinari, biologi ed altre figure della dirigenza sanitaria e del comparto. Tale procedura ha previsto una impropria collocazione di figure della dirigenza sanitaria nell'area contrattuale del comparto. Ciò ha determinato oggettive problematiche per l'avvio e la conclusione delle procedure previste da tali norme, ma soprattutto ha fortemente demotivato i Ricercatori che si sono visti espulsi dall'area professionale e contrattuale di cui sono oggettivamente parte. Si tratta pertanto, con la proposta formulata, a parità di oneri contrattuali (collocando le figure mediche e sanitarie in apposita sezione dell'area dirigenziale con attribuzione di trattamento economico del comparto ricerca ovvero del solo tabellare della dirigenza del SSN), di collocare medici e sanitari nell'area dirigenziale per il percorso decennale previsto e propedeutico all'accesso definitivo alle posizioni dirigenziali. In tal modo si restituirebbe alla ricerca biomedica italiana un assetto di stabilità coerente con i livelli qualitativi storici del settore e con il quadro internazionale.

### **PROPOSTA DI EMENDAMENTO**

Dopo l'articolo 20, aggiungere il seguente articolo 20-bis *“Misure in materia di ricercatori degli IRCCS”*

“All'art. 1 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205, **al comma 422**: sostituire le parole *“un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria”*, con le seguenti *“un ruolo dirigenziale della ricerca sanitaria ed un ruolo non dirigenziale delle attività di supporto alla ricerca sanitaria”*; **al comma 423**: dopo le parole *“424 a 434,”* sostituire le parole *“nell'ambito del contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto Sanità, in un'apposita sezione, con definizione dei trattamenti economici dei relativi profili, prendendo a riferimento quelli della categoria apicale degli altri ruoli del comparto”* con le seguenti parole *“nell'ambito dei CCNL rispettivamente della dirigenza e del comparto della Sanità in apposite sezioni in ciascuna area con definizione dei trattamenti economici dei relativi profili, senza maggiori oneri né diretti o indiretti per la finanza pubblica rispetto all'attuale collocazione contrattuale”*; **al comma 424**, dopo le parole *“di ricerca, personale”* aggiungere le parole *“afferente alla sola area di ricercatori”*; dopo le parole *“del contratto collettivo nazionale di lavoro”* aggiungere le parole *“dell'area dirigenziale”*; **al comma 425**: dopo le parole *“procedure concorsuali”* aggiungere le parole *“relative ai distinti profili della dirigenza e del comparto”*; **al comma 427** dopo le parole *“il personale”* aggiungere le parole *“limitatamente a quello con qualifica di ricercatore”*;

al **comma 428** dopo le parole *“a tempo indeterminato”* sostituire le parole *“nei ruoli”*; con le parole *“nei distinti ruoli della dirigenza e del comparto”*

#### **6) ATTIVITA' VACCINALI ESEGUITE DA BIOLOGI**

##### **RAZIONALE:**

Allo scopo di implementare le risorse professionali disponibili per le attività vaccinali, si propone di inserire tra i professionisti utilizzabili, anche biologi opportunamente formati, che come noto sono già ordinariamente operativi per le attività di prelievo biologico per le analisi cliniche e per gli stessi tamponi naso faringei per Covid, che possano operare o a favore della stessa rete delle farmacie o dei centri vaccinali della rete pubblica.

##### **PROPOSTA DI EMENDAMENTO**

“All’articolo 20, comma 2 lettera h), dopo le parole *“attraverso il Sistema Tessera Sanitaria,”* aggiungere il seguente capoverso: *“Per le attività di somministrazione dei vaccini di cui al presente comma le farmacie possono avvalersi anche di biologi in possesso di diploma di specializzazione in patologia clinica e biochimica clinica o microbiologia. I biologi possono altresì operare per tali attività anche presso i centri vaccinali della rete pubblica”*.



## **7) DIRIGENZA AMMINISTRATIVA, PROFESSIONALE E TECNICA DEL SSN E RINNOVO DEI CONTRATTI DEL PUBBLICO IMPIEGO**

**RAZIONALE:** La persistenza del comma 687 della legge 145/2018 rischia di paralizzare l'accordo quadro preliminare al rinnovo di tutti i contratti del comparto e della dirigenza pubblica. La ricollocazione della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa (in sigla PTA) del SSN nell'Area Sanità non ha impatto finanziario o al limite potrebbe addirittura comportare oneri aggiuntivi, nel caso in cui - come prevedibile - condividendo la stessa Area e lo stesso CCNL, venissero estesi anche alla dirigenza dei ruoli PTA del SSN, i benefici contrattuali oggi riservati specificamente ed esclusivamente alla dirigenza del ruolo sanitario. Nel merito, la norma eccede la propria competenza in quanto interviene nella materia della definizione delle Aree e dei Comparti di contrattazione che la legge (art. 40 co. 2 del d.lgs. 165 del 2001) riserva - e continua a riservare anche alla luce del nuovo comma - alla contrattazione tra Aran e Confederazioni sindacali. Tale tavolo di contrattazione, all'unanimità e con piena legittimazione, si era espresso nel CCNQ sottoscritto il 13 luglio 2016 che ha accertato la rappresentatività per il triennio 2016-2018 ed ha costituito le 4 nuove Aree contrattuali della Dirigenza, tra cui l'Area Funzioni Locali composta dalla Dirigenza delle Regioni, degli Enti Locali, dei ruoli PTA del SSN e i segretari comunali e provinciali. A nulla rileva la mancata attuazione della delega ex lege 124/2015, che istituiva i ruoli della dirigenza della Nazione (suddivisi in Stato, Regioni ed Enti Locali), a prescindere dalla collocazione contrattuale degli stessi. Non va neanche trascurato che l'art. 40 del d.lgs. 165 del 2001 riserva un'area contrattuale (o una specifica sezione dell'area) alla sola dirigenza del ruolo sanitario sicché la dirigenza dei ruoli amministrativo/tecnico/professionale non potrebbero trovare collocazione nell'Area Sanità istituita dal CCNQ 13/7/2016 e dunque correttamente tale CCNQ ne ha previsto la collocazione nell'Area Funzioni Locali insieme alla omologa dirigenza gestionale di Regioni e Comuni. Non va confusa l'appartenenza al ruolo del SSN di cui fanno parte da sempre i dirigenti PTA (CON RELATIVA SPESA SUL FONDO SANITARIO NAZIONALE) e che nulla ha a che fare con la collocazione contrattuale che deve tener conto delle differenze giuridiche della dirigenza sanitaria normata specificamente dal d.lgs. 229/99

**Tra le altre conseguenze** pratiche la norma:

- 1) espropria prerogative esclusive della contrattazione e si condiziona la stessa.
- 2) lede il diritto di un'intera categoria (quella della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa del SSN collocata dal DPR 761/79 in distinti ad autonomi ruoli professionali rispetto alla dirigenza del ruolo sanitario) ad avere una propria rappresentanza di categoria ed un proprio contratto di lavoro che tenga nel debito conto le specificità proprie della dirigenza sanitaria rispetto a quella professionale, tecnico e amministrativo del SSN. Ciò in quanto
  - dal punto di vista ordinamentale - come la restante dirigenza tecnico-amministrativa dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali – lo status giuridico del-

la dirigenza dei ruoli PTA è disciplinato dalla fonte del d. lgs. 165 del 2001 (art. 26) e non dalla norma speciale del d. lgs. 502 del 1992 (art. 15) applicabile alla sola dirigenza sanitaria.

- dal punto di vista contrattuale e lavorativo – pur condividendo i medesimi contesti lavorativi – la dirigenza dei ruoli PTA del SSN già ora si differenzia in modo significativo dalla dirigenza del ruolo sanitario: non può esercitare attività libero-professionale o prestazioni aggiuntive, non fa straordinario e turni, non ha indennità economiche di rilievo quali l'indennità di rapporto esclusivo e di specificità medica ma soprattutto è una dirigenza gestionale e non professionale:

E' allora necessario garantire una rappresentanza contrattuale **di categoria** alla dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del SSN, che diversamente, pur comprendendo quasi 5000 unità impegnate in funzioni strategiche (avvocati, ingegneri tecnici/gestionali/ambientali/clinici, statistici, sociologi, analisti, provveditori, capi del personale, contabili, ecc.), a causa della confluenza nell'Area Sanità - che conta 130.000 dirigenti del ruolo sanitario - per una mera questione matematica (numeri assoluti e 5% di rappresentatività), non potrebbe sedere al tavolo negoziale con proprie Organizzazioni rappresentative.

La collocazione della dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del SSN, da parte del CCNQ 13/7/2016, nell'Area Funzioni Locali (insieme alla dirigenza di Comuni e delle Regioni così da formare un unicum della dirigenza dei territori) e della dirigenza sanitaria (medica e non medica) unitariamente ed in via esclusiva nell'Area Sanità ha avuto invece precisamente lo scopo di permettere la contrattazione di dirigenze omogenee per status giuridico ed economico al fine di consentire la loro armonizzazione.

#### **PROPOSTA DI EMENDAMENTO**

*“L'articolo 1, comma 687 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, è abrogato”*

in alternativa

*“1. Al secondo periodo del comma 687, dell'articolo 1, della legge n. 145 del 2018 le parole «2019-2021» sono sostituite dalle seguenti: «2022-2024» ed è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Gli oneri relativi al rinnovo dei relativi contratti collettivi trovano le risorse nell'ambito del Fondo per il servizio sanitario nazionale.»*