

## **AS 2448 “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”.**

### **PROPOSTA DI EMENDAMENTI ANAAO ASSOMED**

#### **DEFISCALIZZAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE**

L’entità dell’impatto indiretto della pandemia da Sars-CoV-2 sulle prestazioni sanitarie “ordinarie” è stato pesante. Un recente report della Fondazione Gimbe fornisce un confronto del numero di prestazioni erogate in Italia nel 2020 rispetto al 2019, con un totale di 1,3 milioni di ricoveri e 144,5 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale in meno, tra visite, indagini diagnostiche strumentali, esami di laboratorio, etc.

Inevitabilmente tale impatto si è già tradotto, e potrebbe continuare a tradursi nei prossimi anni, in un peggioramento degli *outcome* di salute per la popolazione generale, a causa della rinuncia ad effettuare interventi chirurgici, visite di controllo o esami diagnostici o dell’incapacità del sistema sanitario di provvedere agli stessi. Basti ricordare che la mortalità aggiuntiva nel 2020 rispetto alla media dei 5 anni precedenti è stata di 100 mila unità. Di questa solo il 70% è attribuibile alla Covid-19, il 30% rimanente è legato a malattie “ordinarie”. Ovviamente le liste d’attesa oramai si misurano in anni.

Vi sono segnali di una certa difficoltà nell’utilizzo dei fondi stanziati dal DL n. 104/2020 per il recupero delle attività non erogate, nonostante l’indicazione a riprendere le attività successivamente alla prima ondata pandemica. Secondo il rapporto della Corte dei Conti 2021, infatti, le somme di cui non è stato fatto alcun uso rappresentano poco meno del 67%, con quote che sfiorano il 96% nelle Regioni del Sud e nelle isole. La lenta ripresa è verosimilmente legata alla persistenza di ricoveri ospedalieri per Covid 19, anche se in calo progressivo da alcune settimane, e alla carenza cronica di personale.

Una leva rapidamente disponibile per affrontare la criticità è quella della libera professione in favore dell’azienda, ex articolo 115, comma 2, del CCNL 2016/2018 Area sanità, che permette l’erogazione di prestazioni aggiuntive finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa secondo programmi predisposti dall’azienda di intesa con le équipe interessate.

Rispetto alle previsioni contrattuali vigenti, al fine di incrementare l’adesione dei professionisti a questa modalità di lavoro, è opportuno introdurre due correttivi:

- 1) fissare il valore economico dell’ora in regime libero professionale ad 80 €;

- 2) in considerazione del valore sociale dell'ulteriore impegno lavorativo, introdurre un trattamento fiscale sostitutivo con una aliquota fissa del 15% sui compensi derivanti dalla specifica tipologia di libera professione.

Nel settore pubblico questa modalità di trattamento fiscale non rappresenta una novità. Infatti, la Legge di Bilancio 2019 (L. 145/2018) ha previsto la possibilità di applicare ai redditi delle persone fisiche derivanti da lezioni private una imposta sostitutiva sul reddito. L'articolo 1, comma 13, della L 145/2018 prevede che tale opzione di tassazione sostitutiva spetti per tutti i compensi derivanti dall'attività di lezioni private e ripetizioni, svolta dai docenti titolari di cattedre nelle scuole di ogni ordine e grado, percepiti a partire dal 1° gennaio 2019. Su tali redditi si applica una imposta pari al 15%.

Considerato che l'aliquota media Irpef per i Dirigenti medici e sanitari dipendenti del SSN è del 38%, il minore introito per l'erario è valutabile sul 23% del reddito derivante dalla specifica attività.

In sintesi, per ogni 100 milioni di € destinati alla remunerazione dei Dirigenti medici e sanitari, il minore introito per lo Stato è valutabile in 23 milioni.

#### **PROPOSTA DI EMENDAMENTO**

“All'articolo 94, dopo il comma 4 aggiungere il seguente comma 4bis:

4bis Alle relative retribuzioni della dirigenza medica veterinaria e sanitaria derivanti dalla effettuazione di prestazioni aggiuntive richieste per l'abbattimento delle liste d'attese, si applica l'aliquota del 15%”

## **RISCHIO BIOLOGICO**

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 suddiviso in quattro gruppi per livello crescente. La descrizione fatta per i gruppi 2, 3 e 4 rende evidente che per tutti i dirigenti del ruolo sanitario sia prevedibile, per le caratteristiche della loro attività lavorativa, 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 mentre all'articolo 271 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 (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 prevedesse 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 una palese iniquità di trattamento fra due categorie di lavoratori esposti a parità di condizioni agli stessi rischi resa ancor più palese dalla emergenza Covid 19.

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

L'onere economico di tale indennità è calcolabile in 230 milioni al lordo degli oneri previdenziali riflessi, derivante 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 EMENDATIVA**

Dopo l'articolo 101, aggiungere il seguente articolo 101bis:

### *Articolo 101-bis*

#### *Rischio biologico dirigenza medico, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie*

“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 2022, 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. 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.

Conseguentemente agli oneri derivanti dalla presente disposizione, valutati in 230 milioni annuo, a decorrere dal 2022 si provvede mediante incremento vincolato del fondo sanitario nazionale”

## **INDENNITA' ESCLUSIVITA' CCPL TRENTO E BOLZANO**

Si richiede l'estensione dell'incremento del 27% dell'indennità di esclusività di rapporto prevista all'articolo 1, comma 407 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, anche ai contratti collettivi provinciali di lavoro vigenti nelle province autonome di Trento e Bolzano.

### **PROPOSTA EMENDAMENTO**

*Dopo l'articolo 101 aggiungere il seguente articolo: 101 bis:*

*Articolo 101-bis*

*Indennità esclusività CCPL Trento e Bolzano*

*All'articolo 1, comma 407 della legge 30 dicembre 2020, n. 178, aggiungere il seguente capoverso "Sono altresì incrementate del 27 per cento le indennità di esclusività di rapporto di lavoro dei dirigenti medici, veterinari e sanitari previsti dai contratti collettivi provinciali di lavoro vigenti nelle province autonome di Trento e Bolzano"*

## **RINNOVO DEI CONTRATTI NEL PUBBLICO IMPIEGO: LA QUESTIONE DELL'ARTICOLO 1, COMMA 687 DELLA LEGGE 145/2018.**

La persistenza dell'articolo 1, comma 687 della legge 145/2018 sta bloccando in ARAN la trattativa per l'accordo quadro delle Aree dirigenziali, atto preliminare indispensabile per l'avvio di **TUTTI I CONTRATTI DEL PUBBLICO IMPIEGO 2019-22** scaduti il 31.12.2018.

Tale comma prevede che la dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del SSN, rimanga nei ruoli del personale del SSN, espropriando di rappresentatività una intera categoria (quella della dirigenza amministrativa professionale e tecnica- PTA - che è collocata in distinti ruoli professionali rispetto alla dirigenza sanitaria) e del conseguente diritto ad avere un proprio contratto di lavoro che tenga in debito conto delle specificità della categoria.

**Il Parlamento aveva già differito questo provvedimento (al triennio 2019-2021) con il decreto legge 14 dicembre 2018, n. 135 convertito in legge 11 febbraio 2019, n. 12** (art. 9 bis comma 1, lettera b) "b) *al comma 687, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «Per il triennio 2019-2021, la dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, in considerazione della mancata attuazione nei termini previsti della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera b), della legge 7 agosto 2015, n. 124, è compresa nell'area della contrattazione collettiva della sanità nell'ambito dell'apposito accordo stipulato ai sensi dell'articolo 40, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165».*), **consentendo l'avvio delle trattative dei contratti 2016-18 che si sono conclusi.**

Tale norma, è oggetto di numerose richieste di abrogazione perché rappresenta:

- ✓ un'indebita ingerenza della politica nell'autonomo potere decisionale del tavolo sindacale;
- ✓ una lesione della libertà sindacale in quanto la rappresentatività è stata determinata sulla base dell'attuale composizione (sarebbe come se dopo le elezioni venissero modificati i collegi elettorali);
- ✓ un grave effetto retroattivo non solo sulla rappresentatività sindacale, ma anche su atti già deliberati come quelli sulle prerogative sindacali, con inevitabili contenziosi conseguenti;
- ✓ non tiene conto della separazione dei fondi tra sanitari e TPA avvenuta negli ultimi contratti giustamente distinti tra sanitari e TPA;
- ✓ un provvedimento che priva la dirigenza TPA di una rappresentanza costringendo le proprie associazioni a modificare i propri statuti e assetti organizzativi;
- ✓ un elemento che non riconosce la specificità della dirigenza sanitaria normata dal D.lgs. 502/1992 e s.s.m.i., reintroducendo una commistione che allontana il riconoscimento della dirigenza medica e sanitaria come categoria con caratteristiche specifiche nell'ambito del pubblico impiego; –

- ✓ una complicazione che produce in contrattazione decentrata una duplicazione disarmonica di tavoli tra vecchio e nuovo contratto.

Peraltro in Senato era stata votata all'unanimità una raccomandazione per l'abrogazione del comma 687.

Nel frattempo è stato sottoscritto il contratto 2016/2018 che separa sanitari e amministrativi TPA con equa e condivisa ripartizione delle risorse

Anche le Regioni hanno espresso, con le garanzie ricevute, la loro non contrarietà all'abrogazione del comma 687.

Il differimento della norma tra l'altro **non ha alcun impatto finanziario**; il **finanziamento resta in capo al SSN e non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica dovendo gli istituti contrattuali rigidamente restare nell'ambito dei finanziamenti dei rinnovi contrattuali.**

Il sollecito rinnovo dei contratti nel pubblico impiego dipende non poco **dall'abrogazione** o in alternativa **dall'ulteriore differimento di tale comma.**

#### **PROPOSTA EMENDAMENTO**

*Dopo l'articolo 182 aggiungere l'articolo 182bis: "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 e non comportano ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.»*

#### **o in alternativa**

*Dopo l'articolo 182 aggiungere l'articolo 182bis "All'articolo 1, comma 687, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, il secondo periodo è sostituito dal seguente: Gli oneri per il rinnovo dei contratti della Dirigenza della PTA del SSN trovano le risorse nell'ambito del Fondo per il servizio sanitario nazionale e non comportano ulteriori oneri a carico della finanza pubblica."*

#### **o in alternativa**

*Dopo l'articolo 182 aggiungere l'articolo 182bis "L'articolo 1, comma 687, della Legge 30 dicembre 2018, n. 145, è abrogato"*

## **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, di ricollocare i ricercatori nel contesto omogeneo delle figure sanitarie, con oneri contrattuali ricompresi nel finanziamento già assegnato, a fronte della sola parziale attuazione della piramide.

La proposta colloca le figure mediche e sanitarie in apposita sezione dell'area dirigenziale con attribuzione di trattamento economico iniziale della dirigenza del SSN, 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.

La ricollocazione delle figure mediche e sanitarie nell'area dirigenziale si riferisce attualmente a n. 621 unità per gli IRCCS e n. 174 unità per gli IZS, cui verrebbe attribuito il trattamento tabellare iniziale della dirigenza sanitaria, con esclusione dell'indennità di esclusività di rapporto. Gli oneri derivanti dal presente articolo sono calcolati in euro 5 milioni per l'anno 2022 ed in euro 10 milioni anno a decorrere dal 2023.

**PROPOSTA ANAAO ASSOMED**

“Dopo l’articolo 104 aggiungere il seguente articolo 104bis

Art. 104 bis

Misure in materia di ricercatori degli IRCCS

“All’art. 1 della Legge 27 dicembre 2017, n. 205 sono apportate le seguenti modificazioni:

- ✓ **al comma 422:** le parole *“un ruolo non dirigenziale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto alla ricerca sanitaria”*, sono sostituite con le seguenti *“un ruolo dirigenziale della ricerca sanitaria ed un ruolo non dirigenziale delle attività di supporto alla ricerca sanitaria”*;
- ✓ **al comma 423 al primo capoverso:**
  - dopo le parole *“il rapporto di lavoro del personale”* aggiungere le seguenti parole: *“della ricerca”*;
  - dopo le parole *“nell’ambito del contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto Sanità”* le parole *“in una apposita sezione, con definizione dei trattamenti economici dei relativi profili, prendendo a riferimento”* sono sostituite dalle seguenti: *“rispettivamente della dirigenza e del comparto in apposite sezioni in ciascuna area con definizione dei trattamenti economici dei relativi profili, prendendo a riferimento per il personale dirigenziale la retribuzione tabellare iniziale, con esclusione dell’indennità di esclusività, per il personale di supporto”*;
- ✓ **al comma 424:** dopo le parole *“a tempo determinato, nel rispetto”* le parole *“del contratto collettivo nazionale”* sono sostituite dalle seguenti: *“dei contratti collettivi nazionali”*; dopo le parole *“90 milioni di euro annui a decorrere dall’anno 2021.”* aggiungere il seguente capoverso: *“Tali oneri sono incrementati per euro 5 milioni per l’anno 2022 e di euro 10 milioni per l’anno 2023”*.
- ✓ **al comma 428** le parole *“possono inquadrare a tempo indeterminato nei ruoli del Servizio sanitario nazionale, compresi quelli della dirigenza per il solo personale della ricerca sanitaria”* sono sostituite dalle seguenti *“inquadra a tempo indeterminato nei ruoli del Servizio sanitario nazionale, rispettivamente nella dirigenza per il solo personale della ricerca sanitaria, e nel comparto per il personale di supporto,”*;
- ✓ **al comma 431** sostituire dalle parole *“è ammesso”* alle parole *“n. 368”*, con le seguenti: *“ha diritto ad essere ammesso in sovrannumero ai corsi di specializzazione universitaria cui ha accesso, negli Atenei prescelti, con diritto allo svolgimento del tirocinio professionalizzante nell’IRCCS o IZS sede di lavoro”*