

COSMED

confederazione
sindacale
medici
e dirigenti

“Conversione in legge del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, recante disposizioni urgenti in materia di sostegno e semplificazione per le imprese e per la pubblica amministrazione” – Relatori Senatori Pirovano e Coltorti (Atto n. 989).

PROPOSTA DI EMENDAMENTI COSMED

1) MODIFICHE ALL'ARTICOLO 23 DEL D.LGS. 75/2017. SUPERAMENTO DEL BLOCCO AL TRATTAMENTO ACCESSORIO.

Il rinnovo dei contratti di lavoro del pubblico impiego non può prescindere dal ripristino delle risorse previste dai vigenti contratti di lavoro per la remunerazione dell'incremento della produttività e dell'efficienza nonché per la valorizzazione del merito e del disagio lavorativo; diversamente non potrebbe avere luogo di fatto un'efficace contrattazione decentrata sui luoghi di lavoro. L'articolo 23 del d.lgs. 25 maggio 2017, n. 75, però, impedisce di fatto di recuperare risorse determinate dai pensionamenti per riutilizzarle al fine di incrementare l'efficienza lavorativa, premiare le migliori professionalità e compensare i lavori più disagiati.

Occorre superare il tetto fissato dall'art. 23 del D. Lgs. 75/2017.

Si fa presente che il d.lgs. 75/2017 non è una legge di bilancio e pertanto non prevedeva coperture o risparmi collegati. Pertanto la modifica proposta non determina effetti finanziari.

Il d.lgs. 75/2017 ha chiaramente un carattere temporaneo che l'attuale dispositivo non specifica, rischiando di perdurare nel tempo, cosa che avviene da due anni.

La norma in questione inoltre dichiara che le risorse ottenute con l'applicazione del tetto sono finalizzate ad una fantomatica armonizzazione. È un dato di fatto che tale sedicente armonizzazione si è trasformata in un taglio radicale senza prevedere il riutilizzo delle risorse. La norma sta già determinando notevole contenzioso che paradossalmente determina maggiori oneri per la finanza pubblica.

1) PROPOSTA DI EMENDAMENTO

All'art. 23 del D.lgs. 25 maggio 2017, n. 75 è inserito il seguente **comma 2-bis**:

“Il limite determinato al comma precedente al 31 dicembre 2016, cessa a decorrere dal 1° gennaio 2019.”

2) RICERCATORI IRCCS

A seguito della complessa situazione determinatasi nell'ambito degli IRCCS ed IZS, a seguito dell'approvazione delle disposizioni di cui all'articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205, commi 422 e seguenti, 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 oltre alla anomala collocazione del personale di supporto alla ricerca in una fascia contrattuale superiore a personale di pari qualifica del SSN, ha determinato la paralisi delle procedure previste da tali norme.

Si tratta pertanto, 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

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,”*;
- ✓ **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 426:** sostituire ovunque ricorrano le parole *“cinque anni”* con le parole *“tre anni”*;
- ✓ **Al comma 427:**

- dopo le parole *“il personale”* aggiungere le parole *“limitatamente a quello con qualifica di ricercatore”*;
 - sostituire la parola *“cinque”* con la parola *“tre”*
-
- ✓ **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”*
 - ✓ **Al comma 429** sostituire la parola *“quinquennio”*; con la parola *“triennio”*

3) DIRIGENZA AMMINISTRATIVA, PROFESSIONALE E TECNICA DEL SSN

RAZIONALE

L'abrogazione o perlomeno il chiarimento della norma che non dovrebbe avere carattere retroattivo e non deve incidere sull'iter contrattuale in corso è un'urgenza assoluta se non si vuole paralizzare per mesi il rinnovo contrattuale di 150.000 tra medici, dirigenti del SSN e di tutti gli Enti locali.

Infatti se la norma dovesse travolgere da subito il CCNQ 13/7/2016 provocherebbe il blocco per molti mesi del rinnovo del CCNL 2016/2018 di circa 150.000 dirigenti (e cioè di tutta la dirigenza medica, sanitaria non medica, amministrativa/tecnico/professionale del SSN oltre che di tutta la dirigenza delle Regioni e degli Enti Locali nonché dei segretari comunali) essendo necessario riformulare il CCNQ di composizione delle Aree di contrattazione, ridefinire l'accertamento della rappresentatività dei soggetti sindacali secondo la nuova composizione dei tavoli contrattuali ed infine riformulare gli atti di indirizzo, il tutto con i connessi passaggi istituzionali della Funzione Pubblica, MEF e Corte dei Conti;

Nel **metodo**, la disposizione ha natura ordinamentale e quindi non può essere considerata ammissibile in una norma di carattere finanziario come la legge di bilancio. Infatti già nella precedente legge di bilancio per il 2018 lo stesso emendamento venne respinto come inammissibile, in questa legge di bilancio essendo stato inserito nel maxi emendamento è stato approvato senza discussione.

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.

Si confonde l'appartenenza al ruolo del SSN di cui fanno parte da sempre i dirigenti PTA e che nulla a che fare con la collocazione contrattuale che deve tener conto delle differenze giuridiche della dirigenza sanitaria normata specificamente dalla legge 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 della 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.

TESTO DA EMENDARE

Art 1 comma 687 *legge 145/2018*

“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 124 del 7 agosto 2015, rimane nei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale. Con apposito Accordo, ai sensi dell'articolo 40, comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001, tra Aran e Confederazioni sindacali si provvede alla modifica del Contratto collettivo quadro per la definizione delle aree e dei comparti di contrattazione per il triennio 2016-2018 del 13 luglio 2016.”

PROPOSTA DI EMENDAMENTO

Dopo l'articolo 11, inserire l'articolo 11 bis: “*Il comma 687 dell'art 1 legge della 145 del 30 dicembre 2018 è abrogato*”

COSMeD

Via San Martino della Battaglia 31 - 00185 Roma

Telefono 0648903521 - Fax 0648919462

E-mail: segreteria@confederazionecosmed.it

E-mail: segreteria@pec.confederazionecosmed.it

www.confederazionecosmed.it

4) MEDICI INAIL

L'emendamento proposto, che ha già superato in sede di Commissione Bilancio del Senato il vaglio di ammissibilità in occasione della Legge di bilancio 2019, è a **invarianza di costi** per l'Amministrazione dello Stato. Lo status-giuridico normativo dei medici dell'INAIL non è ad ora equiparato a quello dei medici del SSN e del Ministero della Salute, sebbene nelle premesse dei contratti di lavoro attualmente in vigore per tutti gli Enti Pubblici non economici (EPNE) come appunto l'INAIL, sia già prevista la massima omogeneizzazione con gli istituti giuridici ed economici propri del SSN e di fatto tale tipologia contrattuale sia già ampiamente applicata nella organizzazione del lavoro delle Aree Sanitarie INAIL. Questo sulla base dell'equiparazione prevista dall'**articolo 13 della legge 222 del 1984** e della conseguente omogeneità dei percorsi formativi e di carriera. Tuttavia finché il principio non sarà esplicitamente normato, ogni tornata contrattuale potrebbe ingenerare distorsioni e revisioni *in peius* rispetto alla organizzazione del lavoro già in essere, con ricadute fatali in settori di rilevanza primaria, come appunto quello della salute-assistenza-previdenza. Per assurdo qualora questo principio di uniformità sostanziale non venisse garantito, si potrebbero generare conseguenze molto gravi sulla effettiva agibilità dei servizi dell'INAIL con blocco dell'attività e il venir meno di prestazioni essenziali. Basti pensare soltanto cosa accadrebbe se i medici INAIL, unici dell'Area della Dirigenza delle funzioni centrali con orario di lavoro di 38 ore settimanali, come tutti i medici del SSN, dovessero tornare, per mancata equiparazione formale, a quello di 36. **Si perderebbero 104 ore di lavoro all'anno per ogni Medico INAIL, per un totale di circa 60.000 ore complessive annue.** L'INAIL rappresenta un modello virtuoso per tutta le P.A. e per il SSN, riuscendo con meno di **600 medici** distribuiti in tutto il Paese ad esercitare una tutela di prossimità del diritto alla salute, coprendo, anche in surroga al SSN, le esigenze di prime cure, prevenzione, riabilitazione, ricerca, formazione, reinserimento lavorativo e assistenza socio-sanitaria di tutte le Regioni d'Italia. Al netto delle prestazioni e dei servizi erogati, nonché dei costi di gestione, il bilancio dell'Ente presenta un sistematico attivo annuo di oltre **1 miliardo e 300 milioni di euro**. Una realtà avanzata dove, tanto per fare un esempio, l'attività di tutti gli operatori delle Aree Sanitarie prevede l'utilizzo sistematico di supporto informatico (cartella clinica elettronica), permettendo un monitoraggio reale puntuale dell'attività, trasparenza e chiari ed oggettivi indicatori di performance, fondamentali per gli obiettivi di miglioramento continuo. Il rationale della proposta emendativa risiede nell'esigenza di **armonizzare un sistema normativo attualmente disarmonico**, che ostacola l'efficientamento del SSN pubblico integrato, consentendo l'elevazione a dignità normativa di un principio di fatto già attuale: senza un compiuto e necessario adeguamento formale rischiano di innestarsi fattori regressivi potenzialmente dannosi per tutta l'organizzazione. La norma così formulata costituirebbe, al contrario, un importante punto di riferimento per un rinnovato impulso al processo di **messa in efficienza del Sistema Sanitario del Paese**, senza alcun costo per le Finanze pubbliche.

PROPOSTA DI EMENDAMENTO

All'articolo 11, aggiungere il seguente comma:

3 "Al personale medico INAIL si applicano integralmente gli istituti normativi ed economici previsti per la Dirigenza Medica del Servizio Sanitario Nazionale".

5) MINISTERO DELLA SALUTE

La legge di bilancio per il 2019 pur prevedendo un finanziamento per l'applicazione della legge n. 3/2018 e una condivisibile estensione del provvedimento ai dirigenti dell'AIFA, esclude ai dirigenti sanitari in oggetto l'esclusività di rapporto e la correlata indennità. Si tratta di una contraddizione in termini in quanto l'equiparazione giuridica prima ancora che economica viene disattesa. In pratica d'un lato si vuole equiparare e dall'altro si negano proprio quegli stessi "istituti previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502", previsti "per le corrispondenti qualifiche del Servizio sanitario nazionale e recepiti nei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro" che principalmente costituiti dall'esclusività di rapporto. Paradossalmente proprio nel comparto Stato dove l'esclusività di rapporto costituisce norma generale non solo non viene più prevista, ma addirittura abrogata.

Si tratta di prevenire un inevitabile contenzioso con maggiori oneri per la finanza pubblica e di rendere effettiva l'equiparazione dei dirigenti sanitari del Ministero della salute ai dirigenti del SSN. In accordo con la legge 3 si tratta di ribadire l'unitarietà del Servizio Sanitario Nazionale di cui il Ministero della salute è parte integrante.

La norma non determina incremento della spesa ma orienta la spesa, già prevista dall'articolo 376, verso un istituto economico e normativo coerente con l'impianto complessivo della legge 3 del 2018 a suo tempo approvata con il contributo e il consenso di tutte le forze politiche.

PROPOSTA DI EMENDAMENTO

Al comma 375 dell'art 1 della legge n. 145 del 30 dicembre 2018 sono abrogate le seguenti parole: "con esclusione dell'articolo 15-quater e della correlata indennità,"

RICOSTRUZIONE LEGISLATIVA

Art.17 legge 3/2018 Dirigenza sanitaria del Ministero della salute (con le modifiche apportate dalla Legge di bilancio per il 2019 art.1 comma 375 Legge 145 del 30 dicembre 2019)

1. Al fine di assicurare un efficace assolvimento dei compiti primari di tutela della salute affidati al Ministero della salute, i dirigenti del Ministero della salute con professionalità sanitaria di cui all'articolo 18, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, e quelli successivamente inquadrati nelle corrispondenti qualifiche, sono collocati, ~~a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica,~~ **a decorrere dal 1° gennaio 2019 in unico livello, nel ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute. La contrattazione collettiva nazionale successiva a quella relativa al quadriennio 2006-2009, ~~ferma restando l'esclusività del rapporto di lavoro,~~ **estende ai dirigenti sanitari del Ministero della salute, prioritariamente e nei limiti delle risorse disponibili per i rinnovi contrattuali,** gli istituti previsti dal decreto**

legislativo 30 dicembre 1992, n.502, **con esclusione dell'articolo 15-quater e della correlata indennità**, per le corrispondenti qualifiche del Servizio sanitario nazionale e recepiti nei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro. Nelle more dell'attuazione di quanto previsto dal periodo precedente e fermo restando quanto previsto al comma 4, ai dirigenti sanitari del Ministero della salute continua a spettare il trattamento giuridico ed economico attualmente in godimento. I titoli di servizio maturati presso il Ministero della salute nei profili professionali sanitari anche con rapporto di lavoro a tempo determinato sono equiparati ai titoli di servizio del Servizio sanitario nazionale.

2. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze e per la semplificazione e la pubblica amministrazione, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nei limiti delle dotazioni organiche vigenti, sono individuati il contingente dei posti destinati al ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute e i principi generali in materia di incarichi conferibili e modalità di attribuzione degli stessi. I posti e gli incarichi di cui al periodo precedente sono individuati e ripartiti con successivo decreto del Ministro della salute. Sono salvaguardate le posizioni giuridiche ed economiche dei dirigenti collocati nel ruolo di cui al comma 1, già inquadrati nella seconda fascia del ruolo dei dirigenti del Ministero della salute alla data di entrata in vigore della presente legge, anche ai fini del conferimento degli incarichi di cui ai commi 4 e 5.

3. L'accesso al ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute avviene mediante pubblico concorso per titoli ed esami, in coerenza con la normativa di accesso prevista per la dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, e nell'ambito delle facoltà assunzionali vigenti per il Ministero della salute. Fermo restando quanto previsto dal comma 1, gli incarichi corrispondenti alle tipologie previste dall'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni, e individuati ai sensi del comma 2, sono attribuiti in conformità con le disposizioni del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni.

3-bis. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 3 si applicano, in quanto compatibili sotto il profilo giuridico e finanziario, ai dirigenti delle professionalità sanitarie dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) destinatari della disciplina contrattuale di cui Atti Parlamentari — 137 — Camera dei Deputati XVIII LEGISLATURA A.C. 1334-B agli articoli 74 e 80 del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale dirigente dell'Area 1 del 21 aprile 2006, pubblicato nel supplemento ordinario n. 118 alla Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 2006 ».

4. Nei limiti del contingente di posti quantificato ai sensi del comma 2, agli incarichi di direzione di uffici dirigenziali di livello non generale corrispondenti agli incarichi di struttura complessa previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si accede in base ai requisiti previsti per la dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale previa procedura selettiva interna ai sensi dell'articolo 19, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165. La procedura di conferimento è attivata in relazione alle posizioni che si rendono disponibili e il differenziale retributivo da corrispondere ai soggetti incaricati grava per la prima volta sulle risorse finanziarie del Ministero della salute come previste dalla normativa vigente in materia di assunzioni.

5. I dirigenti sanitari del Ministero della salute che abbiano ricoperto incarichi di direzione di uffici dirigenziali di livello non generale corrispondenti agli incarichi di struttura complessa o di direzione di aziende sanitarie o di enti del Servizio sanitario nazionale per almeno cinque anni, anche non continuativi, possono partecipare alle procedure per l'attribuzione di incarichi dirigenziali di livello generale ai sensi dell'articolo 19, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni, che in caso di primo conferimento hanno durata pari a tre anni, nonché partecipare al concorso previsto dall'articolo 28-bis del predetto decreto legislativo n.165 del 2001. Si applica l'articolo 23, comma 1, ultimo periodo, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni.

6. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

Art.1 commi 375 e 376 legge 145 del 30 dicembre 2018

COSMeD

Via San Martino della Battaglia 31 - 00185 Roma

Telefono 0648903521 - Fax 0648919462

E-mail: segreteria@confederazionecosmed.it

E-mail: segreteria@pec.confederazionecosmed.it

www.confederazionecosmed.it

375. All'articolo 17 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, sono apportate le seguenti modificazioni: a) al comma 1, primo periodo, le parole: « a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica » sono sostituite dalle seguenti: « a decorrere dal 1° gennaio 2019 »; b) al comma 1, secondo periodo, le parole: « , ferma restando l'esclusività del rapporto di lavoro, » e le parole: « , prioritariamente e nei limiti delle risorse disponibili per i rinnovi contrattuali, » sono soppresse e dopo le parole: « gli istituti previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, » sono inserite le seguenti: « con esclusione dell'articolo 15-quater e della correlata indennità, »; c) dopo il comma 3 è inserito il seguente: « 3-bis. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 3 si applicano, in quanto compatibili sotto il profilo giuridico e finanziario, ai dirigenti delle professionalità sanitarie dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) destinatari della disciplina contrattuale di cui agli articoli 74 e 80 del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale dirigente dell'Area 1 del 21 aprile 2006, pubblicato nel supplemento ordinario n. 118 alla Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 2006 ».

376. Per le finalità indicate dall'articolo 17 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, come modificato dal comma 375 del presente articolo, nel Fondo da ripartire per l'attuazione dei contratti del personale delle amministrazioni statali, iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, è prevista un'apposita finalizzazione di euro 3.900.000 a decorrere dall'anno 2019, da destinare alla contrattazione collettiva nazionale riferita al triennio 2016-2018 in applicazione dell'articolo 48, comma 1, primo periodo, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

6) PROFESSIONI SANITARIE

Al fine di evitare discriminazioni della Dirigenza delle professioni sanitarie rispetto a tutte le altre figure sanitarie presenti nel contratto della Dirigenza sanitaria si rende necessario estendere l'indennità di esclusività di rapporto anche a questa fattispecie di Dirigenza attualmente unica esclusa.

Relativamente al mancato riconoscimento dell'indennità di esclusività per la Dirigenza delle Professioni Sanitarie è necessario richiamare l'evoluzione normativa (e la storia) delle Professioni Sanitarie che può essere così riepilogata:

- a. Le normative che regolamentano il funzionamento del SSN hanno "aperto" la possibilità per la dirigenza delle professioni sanitarie con l'art. 15-septies del D. lgs 502/92 e s.m.i.;
- b. Le normative che disciplinano le professioni sanitarie hanno definito chiaramente l'afferenza e la caratterizzazione di "professioni sanitarie" (l. 42/1999 e l. 251/2000), nonché la strutturazione della "filiera professionale" (l. 43/2006) e la relativa articolazione organizzativa (livello "generalista", specialista, coordinatore, dirigente);
- c. Le normative che regolamentano la formazione degli operatori afferenti alle professioni sanitarie hanno strutturato i Corsi di Laurea di I e II livello (core curriculum) ed hanno attivato i relativi percorsi formativi di II livello;
- d. I CCNL dell'Area della Dirigenza SPTA hanno previsto l'indennità di esclusività nell'anno 2000 (CCNL 8/6/2000 – quadriennio 1998-2001).
- e. La Legge 251 (fondamentale riferimento per la Dirigenza delle Professioni Sanitarie) è stata pubblicata il 6/9/2000, successivamente alla firma del Contratto della Dirigenza SPTA.
- f. Il primo riconoscimento del CCNL della dirigenza delle professioni sanitarie è avvenuto nel 2004 (quando c'era già il riconoscimento della indennità di esclusività ma l'attivazione e il relativo riconoscimento poteva essere considerato "sperimentale");
- g. Il pieno riconoscimento di status e ruolo si è realizzato con il successivo CCNL del 2008/09. senza riconoscimento economico (di difficile comprensione, stante il fatto che si tratta di "dirigenza sanitaria", con pari diritti e pari dignità rispetto alle altre dirigenze sanitarie), pur in presenza di un assetto normativo che non lasciava adito a diverse interpretazioni;

Tenuto conto delle fasi temporali sopra richiamate e delle evoluzioni normative e contrattuali avvenute, appare ragionevole e logico prevedere per la Dirigenza delle Professioni Sanitarie pari diritti e dignità retributiva, in allineamento alle altre Dirigenze Sanitarie, con il riconoscimento del diritto all'indennità di esclusività, a partire dal rinnovo del CCNL 2016-2018.

Relativamente al "peso economico" è opportuno fare riferimento ai dati ufficiali (MEF) degli anni 2009 / 2016 che evidenziano l'istituzione di 367 posizioni di Dirigenti delle Professioni Sanitarie, di cui meno di 1/5 classificati come SC.

Dirigenza Professioni Sanitarie – Indennità di Esclusività - Considerazioni e riflessioni

La tabella che segue riporta i dati ufficiali (MEF) degli ultimi 8 anni (Medici, Infermieri, OSS/OTA, Ausiliari e Dirigenza delle Professioni Sanitarie (contratti a tempo indeterminato e 15 septies).

anno	Medici	Infermieri	OSS	OTA	TOT OSS/OTA	Ausiliari Spec.	Dirigenti Prof. San (t. ind.)	Dirigenti Prof. San (15 septies)	Dirigenti Prof. San (TOTALE)	TOTALE GENERALE
2009	118.773	276.660	42.694	6.627	49.321	20.952	266		266	465.972
2010	117.225	276.053	45.515	5.485	51.000	19.105	343		343	463.726
2011	115.449	274.708	46.497	5.073	51.570	18.522	278	90	368	460.617
2012	114.640	271.939	46.661	4.572	51.233	17.664	294	72	366	455.842
2013	113.803	271.042	47.117	4.416	51.533	17.174	314	49	363	453.915
2014	112.741	269.151	47.507	4.402	51.909	16.604	321	36	357	450.762
2015	110.909	266.352	48.402	3.829	52.231	15.870	330	26	356	445.718
2016	110.501	264.629	49.304	3.618	52.922	15.489	350	17	367	443.908

-8.272	-12.031	>	<	3.601	-5.463	101	-22.064
---------------	----------------	---	---	--------------	---------------	------------	----------------

I Dirigenti delle Professioni Sanitarie (afferenti alle strutture ASL, Policlinici, IRCCS, etc.) sono 367.
Stima dei costi (valori annuali):

	quantum economico contrattuale	Totale (Conto Economico dello Stato) e stima distribuzione Dirigenti Prof. San.	Costo annuale
SC	16.524	50	826.176
5-15 aa	5.712	50	285.606
fino a 5 aa	1.498	267	399.894
TOTALE		367	1.511.676

Se consideriamo la diminuzione dei Dirigenti nella fascia temporale 2009/2016 (-8.272), il risparmio economico legato all'Indennità di esclusività è quantificabile in € 47.249.664 (considerando solo la quota intermedia ... presumibilmente in difetto tenuto conto del fatto che non è stata presa in considerazione la quota apicale).

PROPOSTA DI EMENDAMENTO:

All'articolo 15 quater del D. lgs. n. 502/1992 aggiungere il seguente comma: "6. I benefici dei precedenti commi si estendono alla Dirigenza delle Professioni Sanitarie, istituita ai sensi della l. 251/2000 e l. 43/2006. Il riconoscimento economico decorre dalla contrattazione 2016-2018".