

AL MINISTRO PER LA SEMPLIFICAZIONE E LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

On. Marianna Madia

per conoscenza

AL MINISTRO DELLA SALUTE

On. Beatrice Lorenzin

Roma 22 aprile 2016

Prot. n. 73/2016/Snrm

Oggetto: comma 256 L. Stabilità 2016 e articolo 17 D.Lgs 124/2015.

Ill.mo Sig. Ministro,

come ricorderà, durante l'incontro tra OOSS Mediche e Governo del 9 marzo, è stato posto il problema dell'ambito di applicazione del comma 256 della legge di Stabilità 2016 e dei contenuti dell'articolo 17 del D.Lgs 124/2015.

Riguardo al primo punto, in considerazione del sopravvenuto accordo concernente le aree contrattuali, il rinnovo del CCNL della Dirigenza Medica e Sanitaria dovrebbe essere sulla linea di partenza. Alla luce di ciò, si rende necessario avere certezza sulle risorse economiche a disposizione dopo sette anni di blocco contrattuale, sia per quanto riguarda le risorse accessorie, già presenti nei fondi contrattuali, sia per le risorse aggiuntive, per le quali si è in attesa del Decreto interministeriale previsto dalla Legge di stabilità.

Per evitare che un incremento, presumibilmente contenuto, di risorse destinate al finanziamento contrattuale si accompagni ad una sottrazione, certa ed ingente, di risorse accessorie, Le sottoponiamo le nostre ragioni a sostegno della legittimità dell'esclusione della dirigenza medica e sanitaria del SSN dall'ambito di applicazione della norma.

Innanzitutto, occorre rilevare che la norma ha dei riferimenti normativi contraddittori quanto al campo di applicazione. Infatti, se si prende in considerazione l'articolo 1 comma 2 del d.lgs. 165/01 la norma si applica a tutti i dirigenti e dipendenti pubblici *“anche di livello dirigenziale”*, come confermato dal riferimento all'articolo 17 della legge delega 124/15. L'articolo 11 della legge 7 agosto 2015 n. 124, però, esclude la dirigenza della scuola e la dirigenza sanitaria del SSN dal ruolo unico della dirigenza pubblica.

Per converso la norma parrebbe temporalmente illimitata, laddove afferma una vigenza *“a partire dal 1 gennaio 2016”*. Tuttavia, la premessa *“nelle more dell'adozione dei decreti legislativi”* lascerebbe presumere che il suo effetto andrebbe a decadere con l'emanazione dei citati decreti delegati, che deve avvenire a breve, e comunque entro il 7 agosto 2016. Desta comunque perplessità il fatto che un decreto delegato di riordino possa agire sull'entità delle risorse economiche accessorie contrattualmente garantite.

La stessa relazione tecnica indurrebbe ad una erronea interpretazione, laddove si sostiene che *“il comma 1 fissa il limite dell'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale delle amministrazioni pubbliche anche di livello dirigenziale. La situazione rispetto al pregresso si è modificata in quanto si è riattivato il meccanismo degli scatti stipendiali”*. E' noto che non c'è stata alcuna riattivazione degli scatti per il SSN e pertanto ancora una volta la norma parrebbe non riferirsi alla sanità.

Molteplici sono altresì i rischi per la Dirigenza Medica e sanitaria derivanti da una interpretazione estensiva:

- 1) ripristino a tempo indeterminato dei tagli delle precedenti finanziarie;
- 2) permanere nel tempo della condizione di violazione del contratto di lavoro vigente;
- 3) sottrazione alla contrattazione decentrata delle risorse legate alla RIA dei soggetti cessati;
- 4) riduzione della massa salariale e della retribuzione media dei dipendenti;
- 5) negazione della valorizzazione del merito, rendendo di fatto impossibile la applicazione dell'art.22 del Patto della Salute;

- 6) ulteriore appiattimento della carriera dei medici e dei dirigenti sanitari, dopo che è stata pesantemente ridotto il numero delle posizioni apicali e intermedie;
- 7) penalizzazione dei giovani, attraverso la sottrazione di risorse necessarie per mantenere le retribuzioni in atto per i livelli funzionali che si renderanno vacanti.

Per la dirigenza medica e sanitaria del SSN, il salario accessorio costituisce risorsa contrattuale indispensabile per remunerare le guardie, le reperibilità e gli straordinari, istituti necessari per la sicurezza delle cure e per assicurare la flessibilità nell'erogazione dei servizi, e per impedire che l'applicazione delle normative europee sull'orario di lavoro, già priva di finanziamenti aggiuntivi, si confronti addirittura con un ulteriore taglio di risorse con gravi ed immediate conseguenze sulla certezza delle cure e sulla possibilità di erogare i livelli essenziali di assistenza.

E' paradossale che mentre per il settore privato si incentiva il salario accessorio con la conferma delle defiscalizzazioni, per il servizio pubblico non solo si perpetua una grave discriminazione sul piano fiscale, ma addirittura si rischia di ridurre ulteriormente gli emolumenti per il salario accessorio. Dopo che le retribuzioni dei dipendenti pubblici si sono ridotte, secondo la corte dei Conti, di 10 miliardi (da 172 a 161,5 mld dal 2010 al 2014) si impedisce il recupero parziale delle risorse legate alla riduzione del personale, al punto che la consistenza degli aumenti contrattuali non consentirebbe per la dirigenza nemmeno il recupero di quanto le Finanziarie precedenti hanno sottratto.

In ultimo, Le ricordiamo la questione del Lavoro flessibile nelle pubbliche amministrazioni di cui all' art. 17 D.Lgs 124/2015.

Si tratta di dare seguito a quanto previsto dal Decreto delegato al comma 1, lettera o): *“disciplina delle forme di lavoro flessibile, con individuazione di limitate e tassative fattispecie caratterizzate dalla compatibilità con la peculiarità con il rapporto di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche e con le esigenze organizzative e funzionali di quest'ultime, anche al fine di prevenire il precariato”*. Del resto, la stessa Legge Biagi del 2003 prevedeva che entro sei mesi sarebbe stato emanato un decreto per stabilire quali forme di lavoro flessibile sarebbero state compatibili con il rapporto di pubblico impiego.

In particolare, vanno esclusi, per la sanità pubblica in quanto, a nostro avviso, incompatibili con la continuità assistenziale e con l'obbligo alla formazione continua dei professionisti, tassativamente, i rapporti di lavoro co.co.co e co.co.pro, nonché i rapporti libero professionali ad ore, diversi dalla consulenza, e l'utilizzo con compiti di lavoro subordinato di soggetti con lavoro atipico. In fase di prima applicazione, rapporti di lavoro di tale tipologia possono essere mantenuti fino alla conclusione prevista.

Deve essere sancito che le uniche forme di rapporto di lavoro nella sanità pubblica sono i contratti a tempo indeterminato o determinato, previsti dal CCNL, esclusivamente nelle more delle procedure concorsuali.

Contiamo sulla possibilità di un confronto in merito, e su una Sua risposta positiva, già in occasione del prossimo incontro presso il Ministero della Salute, o comunque in tempi rapidissimi.

Cordialmente.

Costantino Troise ANAAO ASSOMED
Riccardo Cassi CIMO
Alessandro Vergallo AAROI-EMAC
Massimo Cozza FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN
Aldo Grasselli FVM
Corrado Bibbolino FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR)
Biagio Papotto CISL MEDICI
Carmine Gigli FESMED
Raffaele Perrone Donnorso ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI
Roberto Bonfili UIL FPL MEDICI