

NUOVO MODELLO DI GOVERNANCE DELLE AZIENDE E STATO GIURIDICO DELLA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA

La proposta Anaa Assomed di revisione del Dlgs n. 502/1992

Settembre 2025

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il governo clinico. Un nuovo modello di governance
3. Ruolo e specificità della dirigenza medica e sanitaria: uno stato giuridico adeguato ai professionisti
 - ▶ Principi dell'organizzazione del lavoro
 - ▶ Flessibilità
 - ▶ Carriera
 - ▶ Architettura e sviluppo della carriera e delle retribuzioni
 - ▶ Libera Professione
4. Ssn e Università

1. INTRODUZIONE

L'Anaa Assomed intende individuare un percorso di fattibilità legislativa atta a porre le basi per una riforma del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 riguardo all'individuazione di un sistema di "Governance" e di uno "status giuridico" adeguato ai professionisti che operano nel Servizio Sanitario Nazionale. Obiettivo è definire in modo esplicito il ruolo e la specificità della dirigenza medica e sanitaria valorizzando la disciplina speciale contenuta nel d.lgs. 502/1992 e ssmi e individuando ruoli e contenuti attraverso i quali favorire la partecipazione dei professionisti al governo delle aziende sanitarie.

Il "disagio medico" è un fenomeno antico, oggi divenuto uno tsunami che rischia di travolgere il servizio sanitario pubblico e nazionale costruito in oltre quaranta anni di lavoro e sacrifici.

La "grande fuga" e il "quiet quitting" sono frutto non solo di retribuzioni insufficienti, ma anche del generale peggioramento delle condizioni di lavoro e di una accresciuta insofferenza verso un modello di governance non privo di elementi di autoritarismo, causa non ultima della crescente disaffezione al lavoro ospedaliero.

Il processo di aziendalizzazione introdotto dal D.lgs. 502/1992 ha aperto un profondo conflitto tra l'organizzazione e la professione medica, due mondi diversi e distinti, di valori e di vocazioni, che una cultura di matrice manifatturiera non è riuscita a saldare o, quantomeno, a far convergere in modo efficace. Nelle aziende sanitarie medici e dirigenti sanitari si sentono poco amati, controllati, vincolati alle norme che ne fissano i livelli di subordinazione, limitando, non di rado, la stessa autonomia clinica. Il rispetto ossessivo del feticcio della produttività li ha ridotti a numeri chiamati a produrre altri numeri, esclusi dalla partecipazione ai modelli organizzativi e operativi aziendali, finendo con il perdere autorevolezza professionale senza acquisire potere negoziale nella programmazione delle proprie attività.

Appare necessaria una diversa collocazione dei dirigenti medici e sanitari nella governance delle aziende sanitarie perché la specificità della produzione richiede strumenti appropriati di

ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

direzione e di riconoscimento delle criticità e delle opportunità di sviluppo, per garantire qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate ai cittadini.

Il binomio “risorse–riforme”, indispensabile per la difesa e rilancio del Servizio Sanitario Nazionale vede risorse insufficienti e riforme dichiarate solo nelle intenzioni. Come illustrato nell’ultimo Rapporto Crea (gennaio 2025) il Ssn ha bisogno di maggiori risorse (secondo il rapporto tra i 20 e i 40 miliardi), ma la cattiva ripartizione di quelle a disposizione crea opacità nella gestione e penalizza la sanità territoriale (finanziamento in larga misura a “residuo”, come si evince anche dal continuo crescere delle risorse allocate direttamente agli ospedali). Il finanziamento del sistema stesso è concentrato sulle tasse di meno del 20% della popolazione mentre il restante 80% versa meno del valore dei servizi sanitari che in media riceve dallo Stato. Tra il 2019 e il 2023 i vincoli finanziari sono prevalsi sui fabbisogni reali, scaricando sulle Regioni e sulle Aziende Sanitarie l’onere di coniugare bisogni e risorse insufficienti. Bisogna pertanto rendere il Servizio Sanitario Nazionale capace di riallineare “le promesse” alle risorse disponibili, evitando razionamenti impliciti che sono fonte di ingiustizia, allargando i confini dell’intervento pubblico, occupandosi della “governance” di tutto il sistema sanitario. Oggi l’Italia è il paese più ricco dei paesi più poveri per quanto riguarda la salute e se si vogliono mantenere le promesse fatte con le riforme succedute negli anni sono necessarie scelte precise.

2. IL GOVERNO CLINICO. UN NUOVO MODELLO DI GOVERNANCE

L’idea di governo clinico, (che non è il governo dei clinici!) riconosce la centralità del ruolo delle professioni all’interno delle Aziende Sanitarie e può garantire le finalità etiche, civili e tecnico-professionali del servizio, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie, reclutando tutti i professionisti all’obiettivo di invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale.

Il riconoscimento e il rispetto di una sfera decisionale fondata su una sostanziale autonomia tecnico professionale deve tradursi nell’individuazione di organismi professionali che orientino e supportino il management aziendale nelle scelte tecniche e di procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali e autoritarie. L’idea del governo clinico mantiene le sue buone ragioni anche se ha perso forza, agibilità e concretezza, in una inerzia legislativa che ha indebolito potenzialità e deluso speranze.

Un nuovo modello di governance deve mettere competenze e conoscenze dei professionisti al centro di organizzazioni votate non al puro controllo dei costi, ma a risultati di salute. Si tratta, in sostanza, di prospettare un nuovo modello di organizzazione e gestione delle attività di tutela della salute in cui riconoscere più spazio e più peso ai professionisti dipendenti, alle associazioni dei cittadini e ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni) nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute. La complessità del mondo sanitario non può, cioè, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio, cosa che in verità accade raramente. O riconducendo la complessità delle organizzazioni e della gestione delle attività di cura e assistenza a catene di comando sempre più corte occupate da tecnocrazie che operano secondo procedure *top-down*.

Occorre assicurare agli organismi collegiali rappresentativi dei dirigenti medici e sanitari un ruolo nei processi decisionali che hanno impatto sulla attività clinica, attraverso l’espressione di pareri anche vincolanti. E rilanciare il modello del Dipartimento come organo indispensabile nei processi gestionali (budget, standard organizzativi del personale, investimento tecnologico, formazione), di governo dei meccanismi di carriera, di valutazione professionale, di monitoraggio e rimedio del disagio lavorativo. Perché non si può accettare di essere gestiti senza alcun potere negoziale nei

confronti del management, adattandosi alle necessità aziendali e tirandosi fuori dai codici etici e deontologici. L'aziendalizzazione ha costruito una cascata gerarchica stringente: Presidente di regione, Assessore alla sanità, Direttore generale con i suoi associati Direttore amministrativo e Direttore sanitario. Un processo senza freni che reifica insieme il medico e il malato.

Per invertire la rotta, occorre ripensare l'attuale modello di *governance* e quindi i rapporti tra *contenuto e contenitore*.

La novità storica delle donne, maggioranza della forza lavoro del Ssn, rappresenta una spinta ulteriore in tal senso, rendendo urgente una nuova organizzazione del lavoro, capace di conciliarlo con i tempi di vita, senza passi indietro sul terreno dei diritti. E un modello di governance che affermi una visione di genere e un'elaborazione finalizzata anche a modelli di cura attraversati dal pensiero e dall'espressione della differenza, come valore capace di trasformare l'ambiente sanitario. Le donne costituiscono di per sé un elemento rinnovatore nei processi aggregativi. Arrivate negli interstizi del potere maschile reclamano la valorizzazione delle differenze e la aspirazione a tempi di vita dilatati.

Un diverso equilibrio o meglio l'integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie, quello politico, quello manageriale e quello tecnico professionale, è oggi questione centrale e soprattutto cruciale nel vincere (o perdere) le due sfide più grandi per il nostro sistema sanitario e cioè quella del consenso dei cittadini e quella della sua sostenibilità economica, anche per la salvaguardia dei valori delle professioni di cura cui tocca garantire l'esigibilità dell'articolo 32 della Costituzione. Evitando che medici e personale sanitario diventino il parafulmine della rabbia e della insoddisfazione dei cittadini.

La sostenibilità del Servizio sanitario passa per la valorizzazione, l'autonomia e la responsabilità dei suoi professionisti, il cui lavoro *reclama* un diverso valore, anche salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.

I piani di azione che si possono individuare per equilibrare in modo più partecipativo e "democratico" la gestione delle aziende sanitarie e ospedaliere sono tre:

1) Regionale:

- definire specifici percorsi e obblighi di informazione preventiva e concertazione su temi quali: programmazione regionale, bilancio e finanziamento alle aziende sanitarie, rapporti con università, formazione e reclutamento, piano sanitario e socio-sanitario regionale etc., attraverso l'elaborazione e la sottoscrizione di un patto di legislatura per la difesa del diritto alla salute e la difesa del SSR.

2) Aziendale:

- istituzione della figura del Direttore Clinico (dirigente medico dell'Azienda) nominato dal Collegio di Direzione all'interno della Direzione Generale, con specifiche funzioni di proposta e condivisione di tutti gli atti amministrativi;
- recupero della funzione del Consiglio dei sanitari - già previsto come elettivo - con diritto di informazione preventiva e obbligo di parere su specifici temi, in assenza del quale le delibere perdono efficacia;
- elezione del Direttore di Dipartimento, con durata del mandato di 3 anni e limite di due mandati consecutivi, da parte del Comitato di Dipartimento, composto dai titolari di incarico

di struttura complessa, semplice e di altissima specializzazione;

- rafforzamento del ruolo del Collegio di Direzione chiamato a esprimere parere preventivo vincolante su tutti gli atti di programmazione e di valenza economico-finanziaria dell'azienda e sui piani di fabbisogno del personale, con possibilità di autonoma iniziativa, non vincolante, su atti dell'Azienda.

3) Territoriale:

- prevedere con legge regionale (o rafforzare dove già prevista) l'istituzione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) composta dai sindaci del territorio dell'AUSL o AO. Il Presidente della Regione nomina il Direttore Generale, il cui mandato non può durare meno di 5 aa, d'intesa con la CTSS cui spetta l'approvazione dei bilanci annuali e di tutti gli atti di programmazione e organizzativi dell'azienda;
- la CTSS istituisce un tavolo di confronto periodico con rappresentanze sindacali, professionali e sociali del territorio di competenza.

Una "Governance" a "cerchi concentrici" (Azienda – Territorio e CTSS – Regione) introduce forti e vincolanti meccanismi di partecipazione, trasparenza, codecisione, valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e della cittadinanza responsabile.

Le proposte non comportano oneri per la finanza pubblica.

3. RUOLO E SPECIFICITÀ DELLA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA: UNO STATO GIURIDICO ADEGUATO AI PROFESSIONISTI

I dirigenti medici e sanitari sono gli unici che per la loro attività lavorativa hanno come riferimento una norma della Costituzione dove il diritto alla salute, che è la loro missione, è definito fondamentale. Questo a dimostrazione del ruolo e della specificità della dirigenza medica e sanitaria di cui all'articolo 15 del d.lgs. 502/1992. Oggi, però, lo stato giuridico del dirigente medico e sanitario costituisce un ossimoro peculiare: dipendente, per collocazione all'interno del pubblico impiego, e dirigente, sia per la natura intrinseca di unico interprete dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà nella gestione di risorse economiche e tecnologiche anche ingenti. La responsabilità gestionale è insita in ogni atto per la valenza delle risorse impiegate e ogni scelta clinica rappresenta una decisione etica ed economica di cui il medico è responsabile. Nella morsa della crisi, l'ossimoro disegnato dalla Riforma Bindi mostra tutti i suoi limiti. Oggi i medici si sentono sempre più stretti nel contenitore del pubblico impiego, nel quale non si riconoscono, che tratta allo stesso modo professionisti, cui è demandata la tutela di un bene prezioso, quale la salute, e impiegati dello Stato. Professionisti che per le aziende non sono altro che uno dei tanti fattori produttivi di un modello organizzativo rimasto l'ultima espressione di fordismo.

Un esempio eclatante dell'anomalia è dato dalla contraddizione relativa all'area contrattuale della dirigenza sanitaria. Le linee di indirizzo e gli atti programmatori nazionali in campo sanitario sono assunti dal Ministero della Salute, mentre l'organizzazione dei servizi sanitari e la gestione del personale è definita dalle Regioni e le modalità di contrattazione dal Ministero della Funzione Pubblica.

La riscrittura del lavoro medico all'interno delle organizzazioni sanitarie passa per una modifica

dello stato giuridico. Quello che la grande fuga ci racconta è una forte disaffezione nei confronti del proprio posto di lavoro. Manca uno spirito di appartenenza e una condivisione di valori, complice anche l'incertezza cognitiva sui percorsi strategici, la scarsa trasparenza nella gestione delle risorse, l'irrelevanza cui le categorie professionali sono tenute dalla prosopopea di una certa cultura aziendalista che pensa di potere costruire maxi aziende con mini medici e mini dirigenti sanitari. Senza dimenticare l'invadenza pervasiva della politica che cerca e trova altri cavalli su cui puntare per le proprie sorti elettorali.

Esclusa la categoria speciale, che è la morte del sindacato senza nemmeno garantire miglioramenti concreti economici e normativi, accentuare il carattere di "Dirigenza speciale" delineato dall'art.15 del d.lgs 502/1992 e ssmi è condizione necessaria ma, forse, non sufficiente.

Il rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria è già disciplinato dalla legislazione "speciale", contenuta nel d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché da una contrattazione specificamente dedicata (Area Sanità). La stessa legge delega Madia 124/2015 all'art. 11 aveva ignorato la dirigenza sanitaria, a conferma della specialità di questi dirigenti.

L'anello di collegamento fra il sistema generale e quello speciale è costituito dall'art. 15, comma 2 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ove si prevede che la *"dirigenza medica è disciplinata dal D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni (ndr. ora d.lgs. n. 165 del 2001), salvo quanto previsto dal presente decreto"*. Appare utile un intervento legislativo che preveda un'inversione della formulazione della norma nel senso di stabilire che la dirigenza sanitaria è disciplinata dalla 502 e, in via residuale e/o sussidiaria, per quanto non previsto, dal d.lgs. 165/2001, al fine di accentuare ed enfatizzare il carattere di specialità della legislazione della dirigenza del ruolo sanitario rispetto alle altre dirigenze del pubblico impiego.

Sarebbe opportuno costruire anche una declinazione interpretativa e attuativa di tale "specialità" in alcuni particolari istituti strategici per la dirigenza sanitaria.

In particolare:

► **PRINCIPI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO.** La dirigenza del ruolo sanitario per le sue peculiarità è una dirigenza di tipo tecnico professionale. Le caratteristiche del ruolo e la sua specificità, disciplinata dall'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, richiedono che le materie dell'orario di lavoro e dell'organizzazione del lavoro, di cui al comma 2 del decreto legislativo 165/2001, siano negoziabili tra le parti collettive. Tale modifica normativa non comporta alcun onere di spesa a carico della finanza pubblica.

Peraltro sull'organizzazione del lavoro si potrebbe inserire un livello di contrattazione Regionale; tale intervento andrebbe a ridurre la variabilità di applicazione contrattuale all'interno della stessa regione tra un'Azienda e l'altra; garantirebbe la crescita del livello di competenza sia datoriale che sindacale, mettendo soprattutto a riparo la parte sindacale; consentirebbe nel tempo la costruzione di un monitoraggio di contrattualizzazione aziendale tale da selezionare e diffondere le migliori pratiche.

► **FLESSIBILITÀ.** È necessario accompagnare il cambiamento del mondo del lavoro. Il concetto di *"flessibilità"* andrebbe applicato in prima ipotesi al sistema di accesso alla dirigenza medica e sanitaria, sistema oggi molto rigido. Aumentare la flessibilità in entrata (attualmente inesistente, solo avvisi e concorsi pubblici) è un'innovazione che va incontro non solo alle attuali attitudini e necessità dei professionisti, ma consente anche di migliorare e rendere più tempestiva e adattabile l'organizzazione del lavoro nel SSN. Il principio guida della flessibilità va sostenuto anche durante tutta la carriera lavorativa consentendo il passaggio tra rapporti e ruoli diversi.

Per garantire una *flessibilità in entrata* si rende necessario procedere e intervenire sui seguenti temi:

- a. **Semplificazioni procedure concorsuali.** Il privato accreditato – che è parte del SSN – ha su questo punto un inaccettabile vantaggio competitivo. Il decreto legge 14 marzo 2025, n. 25 convertito in legge 9 maggio 2025, n. 69 all'articolo 12 co. 2 muove in questa direzione.
- b. **Tipologia dei rapporti di lavoro:**
 - valutare oltre alla dipendenza standard, una sorta di liberalizzazione del part time;
 - valutare differenti regimi di impegno orario;
 - prevedere maggiore flessibilità per prestazioni aggiuntive e libera professione, anche per specializzandi;
 - prevedere il passaggio della contrattazione collettiva al Ministero della salute.

▲ **CARRIERA.** Il lavoro del dirigente medico e sanitario è un lavoro professionalizzante, svolto all'interno di un ambiente competitivo e selettivo. Peraltro la dirigenza medica e sanitaria è sottoposta a continue valutazioni (su capacità professionali, gestionali, sul raggiungimento degli obiettivi, sul budget, sul livello di autonomia raggiunto). Si potrebbe ipotizzare sulla carriera una sorta di "ascensore semiautomatico", non sostitutivo degli incarichi, sulla scorta di quanto accade in magistratura, per valorizzare il concetto che il lavoro svolto è un lavoro professionalizzante: si cresce di livello in quanto crescono autonomia e responsabilità acquisite. Si potrebbe partire da un "entry level" cui far seguire una serie di gradini successivi ai quali attribuire un valore economico e una declaratoria di gradi di autonomia e responsabilità cui si accede a seguito della valutazione annuale già esistente per il raggiungimento degli obiettivi di risultato e in assenza di procedimenti disciplinari.

▲ **ARCHITETTURA E SVILUPPO DELLA CARRIERA E DELLE RETRIBUZIONI.** Per favorire una più rapida crescita professionale dei medici e sanitari neoassunti, anche nell'ottica di rendere più "appetibile" l'ingresso dei giovani specialisti nel SSN, occorre eliminare il vincolo di anzianità quinquennale con riferimento agli incarichi di tipo professionale, lasciando invece immutato il requisito di esperienza richiesto per lo svolgimento di funzioni di natura gestionale.

▲ **LIBERA PROFESSIONE.** L'esclusività di rapporto è stata intesa, fin dal momento fondativo, come investimento e sforzo di fidelizzazione del professionista al servizio sanitario pubblico e chi vi opera come elemento di valore decisivo, in un "patto di fedeltà reciproca". Questo equilibrio garantiva il contemperamento di due legittimi interessi/diritti: l'esercizio del diritto del professionista di esercitare l'attività in modo liberale e il diritto del paziente di scegliere il professionista, rafforzando e conservando il rapporto fiduciario medico-paziente. La soluzione adottata della cosiddetta intramoenia allargata consentiva il rispetto di tale equilibrio anche laddove mancassero spazi interni separati e distinti.

Nell'intento di adattarsi al cambiamento dei tempi, si può prevedere un ritorno a patto fondativo del rapporto esclusivo con attività libero professionale svolta anche in intramoenia allargata, rendendo più "flessibile" e realistico l'esercizio della libera professione attraverso convenzioni tra ambulatori privati e Azienda per l'utilizzo di un determinato professionista per renderla parte della soluzione e non del problema delle liste di attesa.

4. SSN E UNIVERSITÀ

Una riforma del decreto legislativo 502/1992 non può prescindere da una rivalutazione e coordinamento "speculare" con il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 "*Disciplina dei rapporti fra SSN ed Università, a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419*",

almeno per mettere un freno ai dilagante processi di clinicizzazione, intesa come l'attribuzione a un docente universitario della direzione di una struttura complessa o semplice ospedaliera in base ad atti convenzionali e/o al di fuori delle procedure concorsuali previste per il personale SSN.

La modifica all'articolo 3 del d.lgs. 502/1992 sul Consiglio dei Sanitari, non può prescindere dalla pari modifica per lo stesso Organo nelle Aziende Miste. Al comma 12 andrebbe pertanto specificato che nella composizione del Consiglio dei sanitari nelle aziende ospedaliero-universitarie e nei policlinici deve essere garantita la presenza dei dirigenti medici e sanitari del sistema sanitario nazionale e dell'università, in numero proporzionale alla consistenza numerica della dotazione organica degli appartenenti ai rispettivi ruoli. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione e il funzionamento del consiglio, fermo restando che – oltre ai componenti di diritto – non sono previste nomine dirette, presenti in alcune leggi regionali.

In secondo luogo andrebbe rivisitata la disciplina inerente ai rapporti tra Servizio sanitario nazionale e Università, nonché quella sui protocolli d'intesa tra le regioni, le Università e le strutture del SSN, dettagliati nella 517. Per quanto riguarda la 502/1992, le modifiche proposte sono limitate agli articoli 6 e 6-bis, con l'abolizione di quest'ultimo perché superato da norme successive.

In riferimento agli articoli 15 e seguenti del d.lgs. 502/1992, va specificato che al pari dei dirigenti medici e sanitari anche il personale universitario di cui all'articolo 5, comma 1 del d.lgs. 502/1992 (ovvero i professori e ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale presso le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari), devono essere sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato. Gli incarichi disciplinati all'articolo 15-ter cessano in caso di cessazione del rapporto di lavoro con l'azienda.

Parimenti per allineare le modifiche all'articolo 17 della 502/1992 anche al personale universitario, si rende necessario abrogare l'articolo 4, commi 4 e 5. Infatti si può facilmente sostenere che il Collegio di Direzione delle Aziende miste, una volta variato nella sua composizione, riassume anche le funzioni ipotizzate dall'organo di indirizzo di cui all'articolo 4, comma 4. Per cui il Collegio di Direzione nelle aziende ospedaliero universitarie deve avere anche il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'azienda con la programmazione didattica e scientifica delle università e di verificare la corretta attuazione della programmazione. Va comunque eliminata l'intesa tra Regione e Rettore per la nomina del DG cui spetta la nomina dei responsabili di Uoc previa selezione concorsuale.