

Numero 1/2026  
Supplemento a  
**Dirigenza Medica** 6/2026  
Il mensile dell'Anaa Assomed

# INIZIATIVA OSPEDALIERA

LA RIVISTA  
DELL'ANAAO  
ASSOMED

**26° CONGRESSO  
NAZIONALE  
ANAAO  
ASSOMED**

# TESI CONGRES SUALI

# INDICE

- 
- 1** Contratto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari. Nuovi modelli professionali nella trasformazione del mondo del lavoro
- 
- 7** Le grandi riforme del Ssn (parte prima)  
Oltre il Dlgs 502 del 1992, quale modello organizzativo per il nuovo Ssn?
- 
- 11** Le grandi riforme del Ssn (parte seconda)  
Ssn e Università: un'integrazione possibile?  
Il Dlgs 517, trent'anni dopo
- 
- 17** Le grandi riforme del Ssn (parte terza)  
Dai Decreti 70 e 77 alla Riforma quater del Ssn
- 
- 25** La riforma della responsabilità professionale: oltre la colpa
- 
- 31** Il presente e il futuro della formazione dei medici e dirigenti sanitari

# CCNL MEDICI E DIRIGENTI SANITARI.

## Nuovi modelli professionali nella trasformazione del mondo del lavoro

A cura di GIUSEPPE MONTANTE, MAURIZIO CAPPIELLO, FABRIZIO CORSI, MARIANTONIETTA MONTEDURO, CHIARA RIVETTI, MARINA TARSITANO

### PREMESSA

Il **progetto politico-contrattuale** che ha ispirato fino ad ora i Contratti Nazionali della Dirigenza del Ruolo Sanitario affonda le sue origini ispiratrici a più di 20 anni addietro.

Con il passare degli anni, in conseguenza del progressivo mutare della realtà legislativa, dei crescenti progressi tecnologici in campo sanitario, con forti condizionamenti sul lavoro e sull'organizzazione sanitaria, e della crescente invasività contrattuale del modello di dirigenza burocratico-amministrativo (dirigenza ministeriale e di buona parte degli Enti Locali) su quello tecnico-professionale, più specifico per la Dirigenza Sanitaria, ha sempre più affievolito la spinta propositiva e innovativa dei Contratti Nazionali di tale dirigenza fino a quasi esaurirla e li ha resi in parte inadeguati alla nuova realtà.

In una situazione quale quella descritta, non ci si può limitare alla implementazione economica delle voci contrattuali già esistenti e alla necessaria "manutenzione" delle norme vigenti, ma è necessario cominciare a delineare un nuovo progetto legislativo e contrattuale che tenga conto di queste modifiche, della particolare specificità della Sanità Pubblica rispetto agli altri Comparti del Pubblico Impiego e delle particolari peculiarità della Dirigenza del Ruolo Sanitario rispetto alle altre Dirigenze Pubbliche.

Il perseguimento di tale obiettivo impone multiple azioni coordinate sia sul piano contrattuale che legislativo da realizzare in più anni e presumibilmente in più Ccnl.

### OBIETTIVI

A tal proposito possiamo affermare che in tal modo abbiamo operato nella definizione dei Contratti Nazionali sia del periodo 2019-2021 e sia di quello 2022-2024. Essi sono da considerare le **prime tappe di un nuovo progetto politico – contrattuale** da realizzare in più anni e probabilmente in più Ccnl.

L'azione sindacale di tipo contrattuale nei riguardi del Ccnl 2025-2027 e di quelli successivi, nonché quella di tipo legislativo dovranno avere come obiettivi prioritari da perseguire l'implementazione:

- della **specificità e specialità della Dirigenza del Ruolo Sanitario rispetto al resto della Dirigenza del Pubblico Impiego**, sottraendola il più possibile ai vincoli legislativi e normativi di quest'ultima, se in contrasto con la sua peculiarità;
- del potere di **"governance clinica e organizzativa"** della stessa;
- delle **condizioni di sicurezza clinica e lavorativa**;
- della sua **autonomia dalla rigidità dei modelli contrattuali della rimanente Dirigenza del Pubblico Impiego**, quando in contrasto anch'essi con la peculiarità della Dirigenza del Ruolo Sanitario. È necessario creare da un punto di vista contrattuale **condizioni di maggiore appetibilità del lavoro** di Dirigente dell'Area Sanitaria mediante l'introduzione di:
  - **condizioni lavorative** che aumentino concretamente la conciliazione fra gli obblighi lavorativi e le esigenze di vita familiare;
  - condizioni concrete di **valorizzazioni meritocratiche**;
  - di una reale ed evidente **dinamicità della carriera professionale**;
  - un netto **miglioramento del "clima lavorativo aziendale"**;
  - introduzione concreta di **azioni di "welfare"**;
  - una **valorizzazione economica significativa** al fine di renderla adeguata all'elevato carico di responsabilità affidate e alla sua strategicità.

È necessario inoltre studiare con attenzione le nuove potenzialità introdotte dai **progressi tecnologici ed in particolare dall'Intelligenza artificiale** e capire quali ricadute possano avere nell'organizzazione del lavoro sanitario.

## IPOTESI DI INDIRIZZI NORMATIVI PIÙ IMPORTANTI DA PERSEGUIRE

### POTENZIAMENTO DELLA SPECIFICITÀ DI QUESTA DIRIGENZA E DELL'AZIONE DI GOVERNANCE

#### PROPOSTA

Per **potenziare** la specificità della Dirigenza del Ruolo Sanitario rispetto alle rimanenti dirigenze del Pubblico Impiego e la sua azione di governance clinico – organizzativa sarà necessario agire contemporaneamente su 2 livelli, differenti fra loro per ambito e per orizzonte temporale per ottenere i risultati:

**Legislativo;  
Contrattuale.**

#### LIVELLO LEGISLATIVO

Attraverso lo strumento legislativo si dovrà:

- **sganciare**, almeno in parte, la Dirigenza del Ruolo Sanitario dai vincoli legislativi e normativi e dalla rigidità dei modelli contrattuali della dirigenza del Pubblico Impiego;
- **incrementare significativamente** la consapevolezza del Legislatore della peculiarità e specialità della Dirigenza del Ruolo Sanitario.

#### LIVELLO CONTRATTUALE

- **Implementare sempre più**, sia da un punto normativo che economico, tutte le norme, istituti e indennità contrattuali specifiche della Dirigenza del Ruolo Sanitario.
- **Implementare il più possibile** per la Dirigenza Sanitaria non medica il valore economico dell'**Indennità di Specificità Sanitaria** che sostanzialmente anche per questa Dirigenza la peculiare specialità prevista dall'art. 15 del D. Lgs. 502/1992 e sue s. v., **stanziando** al riguardo in modo extra contrattuale **risorse ad hoc destinate**.
- **Differenziare sempre più** l'Istituto contrattuale delle Relazioni Sindacali dal modello utilizzato per le dirigenze burocratiche - amministrative del Pubblico Impiego, al fine di renderlo più aderente alla particolare specificità di tale dirigenza.
- **Implementare le materie oggetto di contrattazione integrativa al livello aziendale.**
- **Rafforzare al livello aziendale i contenuti del Confronto sia aziendale che regionale**, nell'assoluto rispetto delle norme e dei principi già sanciti dal Ccnl, al fine di introdurre elementi importanti ed incisivi di coinvolgimento della Dirigenza del ruolo Sanitario nell'organizzazione e governance dell'organizzazione del lavoro.

## LIVELLI DI CONTRATTAZIONE

**Nella situazione** legislativa vigente, che prevede 2 livelli di contrattazione nel Pubblico Impiego con una tendenza all'accrescimento dell'autonomia e valenza della contrattazione periferica (nel caso del Ssn: contrattazione aziendale) a scapito della contrattazione nazionale e un potenziamento del potere decisionale aziendale in alcuni istituti contrattuali a scapito di quello sindacale, è **opportuno tentare di moderare questa situazione**.

L'esperienza fino ad ora vissuta ci rende palese come questa realtà abbia fino ad ora **stimolato un dirigismo aziendale** sempre più sfrenato, verso cui il livello sindacale aziendale, facilmente esposto a subdole intimidazioni o ad anomale pressioni, spesso **non è in grado di controbattere**.

La conseguenza di tutto ciò potrà essere l'accentuazione di forti disomogeneità attuativa del Ccnl da parte aziendale fra diverse aziende viciniori e un ancor più la crescente incertezza attuativa e/o l'errata e penalizzante attuazione del Ccnl.

#### PROPOSTA

Per **arginare** questa situazione si dovrà **ridurre il potere decisionale aziendale** a favore di quello nazionale o almeno **potenziare il confronto regionale** sia per quanto riguarda le materie sia per quanto riguarda la reale coerenza delle risultanze di tale confronto;

#### PRIMA MODALITÀ

Per ridurre in modo significativo il potere decisionale aziendale a favore di quello nazionale occorre **un iter lungo e forse di alcune modifiche legislative**, non facili da ottenere.

Se poco modificabile contrattualmente il livello del potere decisionale, **si può però con lo stesso strumento arginare in parte la deriva dirigista, operando sulla normativa delle Relazioni Sindacali:**

- trasferendo alcune materie dal confronto alla contrattazione integrativa aziendale;
- incrementando le materie oggetto di confronto aziendale;
- incrementando in modo esplicito le materie oggetto di discussione nell'Organismo paritetico aziendale;
- rendendo obbligatoria una periodicità temporale (almeno ogni 3 mesi) delle convocazioni dell'Organismo Paritetico e la stesura di un verbale.

#### SECONDA MODALITÀ

Il potenziamento del confronto regionale è invece **attuabile mediante il solo strumento contrattuale**. In tal modo le decisioni più importanti verrebbero prese in sede di Confronto Regionale e emanate come indirizzi attuativi. Tali indirizzi però per essere forti ed avere una forte coerenza al livello aziendale dovrebbero essere **condivisi al livello regionale dalla maggioranza delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del Ccnl**.

Due sarebbero i vantaggi più importanti ottenibili con quest'ultima modalità:

- una omogenizzazione maggiore dei risultati attuativi delle norme contrattuali;
- l'impossibilità per le Aziende di continuare ad accampare alibi per i loro comportamenti e per le loro scelte attuative del Contratto errate e penalizzanti.

Questa seconda modalità ricomprenderebbe anche le modifiche alla normativa sulle Relazioni Sindacali ipotizzate nella precedente seconda modalità.

### LIVELLO DI MAGGIORANZA SINDACALE E NELLA CONTRATTAZIONE AZIENDALE

Il D. Lgs. 165/2001 e i Contratti Nazionali della dirigenza del ruolo sanitario, che si sono succeduti dal 2001 in poi, non hanno fino ad ora definito il livello minimo di maggioranza sindacale per la stipula di un Contratto Integrativo periferico nel caso esistano solamente le Rappresentanze Sindacali Aziendali.

Questa omissione, in alcuni casi purtroppo non sporadici, **ha costituito una criticità pericolosa**, foriera di possibili abusi.

#### PROPOSTA

**Tale omissione** può essere corretta ad uno dei seguenti due livelli: legislativo e contrattuale.

#### LIVELLO LEGISLATIVO

La **correzione mediante la modifica del dettato legislativo** del D.Lgs. 165/2001 con la previsione pertanto, per la stipula di un Contratto Integrativo periferico, nel caso esistano solamente le Rappresentanze Sindacali Aziendali, di un **livello minimo di maggioranza sindacale** pari al 51% delle deleghe sindacali di categoria rappresentate nell'Azienda, come per le Rappresentanze Sindacali Unitarie.

**Il vantaggio** nell'uso di tale strumento sarebbe l'assoluta coerenza e forza normativa.

**Lo svantaggio** sarebbe invece l'elevata difficoltà ad ottenere questa modifica e comunque l'impossibilità di ottenerlo in tempo utile.

#### LIVELLO CONTRATTUALE

La correzione mediante la **definizione, in sede di contrattazione integrativa aziendale, di un livello minimo di maggioranza sindacale per la stipula della Contrattazione Integrativa Aziendale** (tale maggioranza ad esempio potrebbe essere: il 51% delle deleghe sindacali di categoria rappresentate nell'Azienda).

**Il vantaggio** nell'uso di tale strumento sarebbe il facile superamento delle elevate difficoltà presenti nello strumento legislativo.

**Lo svantaggio** sarebbe la non certezza di ottenere dall'Azienda la definizione di un tale livello minimo o comunque che esprima in modo oggettivo una maggioranza e che non sia invece sbilanciato a favore dell'Azienda, favorendone le scelte prese in modo arbitrario.

### ARCHITETTURA DELLA CARRIERA

#### PROPOSTA

La **tipologia** di carriera ipotizzata dagli ultimi Ccnl è eccessivamente verticistica, poco remunerativa per le posizioni di livello medio e basso, malgrado l'entità delle responsabilità assegnate, poco equilibrata e eccessivamente statica.

Troppo spesso, acquisito l'incarico professionale di base dopo i primi 5 anni di servizio, si rimane in tale condizione fin tanto quanto i colleghi che stanno davanti non cessano per qualsiasi motivo o sono trasferiti o sono promossi. Pochissimi riescono realmente a progredire e fra i fattori della progressione la meritocrazia, l'età e l'esperienza professionale spesso non sono quelli determinanti. Questa situazione, ormai presente da troppi anni, **non è più tollerabile** perché frustra qualsiasi ambizione e la rende inappetibile.

**Al livello contrattuale dobbiamo fortemente modificare tale condizione apportando le seguenti correzioni normative nel Ccnl:**

- introdurre al livello nazionale all'interno dell'incarico professionale iniziale (art. 22, comma 1, parte 2, lett. d) e dell'incarico professionali di consulenza, di studio e di ricerca, di ispezione, di verifica e di controllo (art. 22, comma 1, parte 2, lett. c) **2 fasce economiche** legate al superamento della valutazione professionale;
- prevedere al livello nazionale l'istituzione e l'attribuzione al livello aziendale di un **numero di incarichi di alta specializzazione non inferiori ad una percentuale** del numero di dirigenti del ruolo sanitario dipendenti a cui sono stati attribuiti incarichi di natura professionale dopo i primi cinque anni di servizio,
- introdurre al livello nazionale un **limite massimo all'entità di residui non spesi** della parte del fondo per gli incarichi destinato a retribuire la **parte fissa e quella variabile di detti incarichi**. La violazione di tale limite dovrebbe avere come conseguenza una penalizzazione contrattuale per l'Azienda, ad esempio: nello stesso anno contabile la **riduzione del limite di eccedenza oraria**, prevista dal comma 3 dell'art. 27 del Ccnl 23.01.2024;
- rafforzare al livello contrattuale l'obbligo a bandire all'interno delle Aziende l'**avviso di selezione per curricula di ciascun incarico di posizione**, ad eccezione di quelli di direzione di U.O.C., che si rendessero liberi. In parole povere negare la possibilità di assegnazione degli incarichi per affidamento diretto.

### ASCENSORE PROFESSIONALE

**Le modifiche normative** sopra proposte, oltre a rendere maggiormente remunerativi i diversi gradini della tipologia nazionale di carriera, dovranno determinare al livello aziendale condizioni concrete di dinamicità delle carriere e pertanto l'**attivazione di un "ASCENSORE**

**PROFESSIONALE**” che sarà alimentato da un punto di vista economico dalle:

- **risorse contrattuali e extra contrattuali** stanziati per il fondo degli incarichi;
- **risorse della retribuzione della parte variabile degli incarichi, liberate dai dirigenti cessati**, mediamente superiore di un valore compreso fra 10.000 e 13.000 Euro circa anno;
- **forte riduzione dei residui non spesi del fondo** per incarichi per la retribuzione della parte fissa e variabile di questi.

Questo piccolo tesoretto permetterà la promozione di dirigenti medici e sanitari dipendenti dell’azienda ad incarichi di valore superiore, lasciati liberi dalla cessazione a qualsiasi titolo di loro colleghi (previsione annuale: **circa 5% - 7% circa** dei dirigenti dipendenti).

### LIVELLI MINIMI DI GARANZIA DELLA RETRIBUZIONE DI CARRIERA

**Le clausole di garanzia** rispetto ai livelli minimi di retribuzione della carriera di posizione dovranno essere rese più adeguate e più realistiche: sul piano economico rendendo non convenienti per l’Azienda il loro uso in alternativa al conferimento degli incarichi di posizione; sul piano delle scadenze temporali introducendo le seguenti previsioni:

- **a 5 anni di anzianità**
- **a 10 anni di anzianità**
- **a 15 anni di anzianità**
- **a 20 anni di anzianità**
- **a 25 anni di anzianità**

### VALUTAZIONE

#### PROPOSTA

**Anche in questo caso**, al fine di evitare le fantasie attuative, i frequenti abusi e le disomogeneità esercitate al livello aziendale rispetto ai principi e norme del Ccnl e della Legislazione vigente, sarebbe necessario **spostare al livello di Ccnl nazionale l’individuazione dei criteri generali sottesi alla formulazione:**

- **dei sistemi di valutazione** delle attività professionali, delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti, nonché dei relativi risultati di gestione
- **del regolamento attuativo** deputato a individuare i meccanismi e strumenti di monitoraggio e di valutazione dell’attività professionale e gestionale.

### ORARIO DI LAVORO

**La normativa** sull’orario di lavoro, introdotta dall’art.27 del Ccnl 23.01.2024, ancor oggi risulta complessivamente soddisfacente.

Malgrado la chiarezza letteraria delle norme espresse in tale articolo, sono state però ripetutamente oggetto di interpretazioni fantasiose miranti a tentare di modificarne in modo unilaterale e penalizzante le modalità attuative. In conseguenza di ciò attualmente costituisce uno dei punti di criticità maggiori nei rapporti tra il dirigente dipendente e l’azienda e di conseguenza fra OO. SS. e azienda. Per questo motivo sarà necessario introdurre alcune correzioni normative per rendere chiare ed oggettive le modalità attuative.

#### PROPOSTA 1

**Una prima correzione** dovrà riguardare le modalità di calcolo dell’eccedenza oraria attraverso l’algoritmo per cui deve essere chiara ed oggettiva la componente economica che costituisce il numeratore (fondo di risultato) e su chi è basato il calcolo del numero dei dirigenti dipendenti che costituisce il denominatore (tutti).

Una seconda correzione dovrà riguardare il valore del divisore dell’algoritmo che dovrà obbligatoriamente essere modificato ad ogni rinnovo del Ccnl onde evitare una crescita continua del limite dell’eccedenza oraria conseguente alla crescita del fondo di risultato.

#### PROPOSTA 2

**In alternativa** alla PROPOSTA 1, prevedere per la definizione del numero massimo di eccedenza oraria conseguente al raggiungimento degli obiettivi di risultato un numero fisso che rimane identico ad ogni rinnovo contrattuale invece di quello derivante dall’algoritmo.

### ORARIO DI LAVORO PER ATTIVITÀ NON ASSISTENZIALE

**L’orario di lavoro** contrattuale, secondo la normativa legislativa e contrattuale, è deputato a soddisfare, oltre alle esigenze delle attività assistenziali, anche quelle conseguenti alle necessità dirigenziali e gestionali, all’aggiornamento continuo, alla partecipazione alle attività didattiche, alla ricerca finalizzata, ecc..

Questa pluralità di compiti, secondo lo stesso Ccnl, dovrebbe essere eseguita di norma nelle 38 ore contrattuali settimanali. A questo proposito lo stesso Ccnl riserverebbe alle attività assistenziali (cliniche) 34 ore o in alternativa 34 ore e 30 minuti settimanali e alle rimanenti attività non assistenziali, precedentemente enunciate, le rimanenti 4 ore o 3 ore e 30 minuti.

Questa discrasia fra il dettato della normativa e la realtà esistente, spesso in conseguenza di disposizioni legislative, è diventata plateale nella sua gravità per i dirigenti del ruolo sanitario che hanno compiti anche gestionali ed ancor più in particolare per quelli che hanno anche compiti istituzionali di ricerca quali ad esempio i Dirigenti del

Ruolo Sanitario dipendenti degli Irccs e degli Izs e non solo loro.

In tali Istituti, la ricerca non è secondaria all'assistenza verso cui utilizzare l'orario contrattuale residuale, bensì per "mission" istituzionale ha pari dignità con i compiti clinici e pertanto la normativa contrattuale sull'orario di lavoro ne deve tenere conto.

## PROPOSTA

**Al fine di correggere** questa inadeguatezza contrattuale, sarà necessario prevedere nel nuovo Ccnl due nuove condizioni oltre a quelle già presenti:

- ① Per i Dirigenti del Ruolo Sanitario che hanno anche compiti istituzionali di ricerca quali ad esempio i dipendenti degli Irccs e degli Izs almeno n. 10 ore dell'orario settimanale da destinare ad attività non assistenziali fra cui in particolare quelle inerenti alla ricerca; l'incremento di tale riserva di ore può essere deciso nelle sue dimensioni, previo confronto con le OO. SS. della dirigenza del ruolo sanitario al livello aziendale.
- ② Per i Dirigenti del Ruolo Sanitario che hanno anche compiti direzionali e gestionali di particolare rilievo **fino a 10 ore dell'orario settimanale** possono essere destinati ad attività a tali compiti; i criteri generali a base della scelta di tale riserva di orario saranno oggetto di confronto con le OO. SS. della dirigenza del ruolo sanitario al livello aziendale.

## ORARIO DI LAVORO PER LA FORMAZIONE

**L'art.27, comma 7** del Ccnl 23.01.2024 prevede che 4 o 3 ore e 30 minuti settimanali (se questa riduzione richiesta dall'azienda) siano riservata a compiti non assistenziali fra cui la formazione. Prevede altresì che tali ore siano cumulabili.

## PROPOSTA

**Dal momento** che la formazione, sia per la dirigenza del ruolo sanitario e sia per le aziende sanitarie, ha un valore strategico fondamentale perché accresce le competenze professionali dei dirigenti dipendenti e di conseguenza il valore professionale dell'azienda, è necessario che attraverso il nuovo Ccnl si introducano condizioni normative che:

**facilitino l'utilizzo di tale riserva di ore** per la formazione a prescindere dalle esigenze di servizio;

**permettano l'utilizzo di tali ore** per la formazione anche all'esterno delle sedi istituzionali.

Dovranno comunque rimanere gli obblighi: alla programmazione preventiva di tali ore; dimostrazione oggettiva mediante attestazione formale che tali ore sono state utilizzate per la formazione professionale.

## ATTIVITÀ DI TUTORAGGIO

**Le disposizioni** legislative vigenti prevedono ultimamente l'esistenza di percorsi di apprendimento specialistico del "saper fare" all'interno degli ospedali per gli specializzandi durante il loro corso di specializzazione e per gli specializzandi dell'ultimo e penultimo anno di specializzazione, assunti nelle aziende sanitarie con contratti a tempo determinato di "formazione lavoro".

La stessa Legge prevede che i compiti di tutoraggio siano affidati ai dirigenti del ruolo sanitario dipendenti.

L'attuale normativa contrattuale risulta del tutto insufficiente sul piano della remunerazione.

## PROPOSTA

**Due sono le modifiche consigliate.**

- La prima riguarda i compensi orari che si ritiene necessario modificare in modo sostanziale al fine di **renderli adeguati** all'importanza e alla dignità del compito.
- La seconda riguarda invece l'individuazione del fondo di riferimento più adeguato deputato a finanziare l'impegno di tutoraggio. A nostro parere è stato un errore attribuire nel Ccnl al fondo per particolari condizioni di lavoro, già sofferente per le molteplici attività in condizioni disagiate che deve retribuire, l'ulteriore compito di finanziare la didattica. Il fondo più appropriato per tali compiti è **quello per l'la formazione e l'aggiornamento**, previsto al comma 1 che a tal proposito **dovrà essere implementato da uno specifico provvedimento legislativo.**

## ORARIO DI LAVORO CONVENZIONALE

**L'art.27, comma 9** del Ccnl 23.01.2024 sancisce che ai fini di calcolo delle ferie e delle assenze dal lavoro a qualsiasi titolo, l'orario di lavoro debba essere articolato su cinque o sei giorni, con orario convenzionale rispettivamente di 7 ore e 36 minuti e di 6 ore e 20 minuti.

Non definisce però i criteri generali su cui basarla e chi debba fare questa scelta.

**Tale omissione** ha creato al livello nazionale **condizioni spesso difformi** fra le diverse aziende ma anche al loro interno, **palesi contrasti attuativi** fra alcune norme contrattuali e ricadute spesso negative sull'organizzazione del lavoro e soprattutto sulla sicurezza clinica.

Sarà pertanto necessario correggere tale vulnus nel nuovo Ccnl.

## PROPOSTE

**Definire al livello** del Ccnl che i criteri generali su cui basare la decisione in quali Unità Operative e Servizi debbano avere l'orario convenzionale articolato su 5 o su 6 gg. della settimana debba essere **presa in sede di Confronto Regionale** in considerazione della presenza o meno di posti letto di degenza, dell'organizzazione presente per affrontare le urgenze e le emergenze sanitarie e le oggettive esigenze di servizio.

## ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Le attività diagnostiche e terapeutiche eseguite negli ospedali con il passare degli anni, sono state sempre più condizionate:

- dall'aumento della loro complessità tecnologica e procedurale;
- dai principi derivanti da evidenze scientifiche, miranti a migliorare le condizioni di lavoro ed a ridurre la frequenza di eventi clinici avversi;
- dalla crescente riduzione degli organici di medici specialistici senza una contestuale riduzione dei servizi erogati.

Questo aumento della complessità insieme alla frequente carenza degli organici costituisce una delle criticità più importanti causa delle **dimissioni precoci e della scarsa appetibilità** del lavoro di Dirigente del Ruolo Sanitario dipendente

### PROPOSTE

In queste condizioni, per tentare di invertire o almeno frenare questa deriva sarà necessario stabilire **o al livello di Ccnl o al livello di Confronto Regionale obbligatorio i limiti massimi di carichi di lavoro** delle seguenti attività disagiate.

### GUARDIE DELLA DIRIGENZA MEDICA E DELLA DIRIGENZA SANITARIA

- Criteri generali su dove attuare la guardia medica e della dirigenza sanitaria, ove presenti, divisionale e dove quella interdivisionale;
- Numero massimi di posti letto serviti da una guardia divisionale
- Numero massimi di posti letto serviti da una guardia interdivisionale, individuati in rapporto alle specificità specialistiche, all'intensità di assistenza della tipologia di posti letto che la compongono ed alla logistica.

### PRONTE DISPONIBILITÀ

- Criteri generali su dove attuare la pronta disponibilità sostitutiva della guardia e dove quella integrativa della guardia medica.
- Condizioni che giustificano la deroga ai limiti massimi temporali e tipologia di retribuzione in questi casi.

## RETRIBUZIONE ATTIVITÀ IN CONDIZIONI DI LAVORO DISAGIATE E/O AGGIUNTIVE

Negli ultimi anni, la crescente carenza degli organici dei dirigenti del ruolo sanitario dipendenti delle Aziende e di converso la crescente domanda di salute della popolazione, ha sempre più appesantito i carichi di lavoro dei medici e sanitari e soprattutto il ricorso ad attività espletate in condizioni disagiate.

Questa situazione sta generando un'alta frequenza di cessazioni precoci dal lavoro con conseguente allarme sociale e un'ulteriore accentuazione dei carichi di lavoro

nelle aziende nel tentativo di tamponare tale criticità. Questa miopia opportunistica del mondo politico e delle aziende è frenabile solamente mettendo un limite all'azione di sfruttamento economico e lavorativo mediante **l'incremento significativo della retribuzione** delle prestazioni aggiuntive, soprattutto quelle disagiate. La richiesta di superamento di tali limiti:

- dovrà avere una forte valorizzazione economica;
- dovrà essere finanziata dal bilancio aziendale (Libera Professione in favore delle aziende);
- sarà soggetta alla volontarietà del singolo dirigente.

## ATTIVITÀ DI LAVORO IN CONDIZIONI DISAGIATE RICHIESTE OLTRE I LIMITI CONTRATTUALI

### PROPOSTE

Per queste attività nel nuovo Ccnl si dovrà:

- **Esplicitare** che le attività di lavoro disagiate richieste dall'azienda oltre i limiti orari contrattuali possono essere eseguite solamente in libera professione d'azienda.
- **Sancire** che anche per quest'ultime devono essere rispettate le norme sui riposi sancite da D. Lgs 66/2003.
- **Incrementare** la retribuzione della guardia notturna e turno di lavoro notturno per le ore comprese fra le 22 e le 6 del mattino, eseguita in libera professione d'azienda.

Incrementare la retribuzione dell'ora di lavoro diurna eseguita in libera professione d'azienda.

## LAVORO AGILE DA REMOTO

Il notevole sviluppo della tecnologia e una maggiore sensibilità verso la conciliazione tra le esigenze della vita lavorativa e di quella familiare e/o individuale ha permesso nel Pubblico Impiego l'introduzione in alcuni settori e per alcune attività di **condizioni di lavoro agile da remoto**. Tale innovazione organizzativa **può trovare spazio e essere introdotta all'interno della Sanità Pubblica** ed utilizzata per la dirigenza del ruolo sanitario.

Per poterla utilizzare in tal caso, dovranno essere definite in premessa al livello nazionale con gli strumenti necessari (presumibilmente più legislativi che contrattuali) le condizioni in cui questa può essere attuata:

- attività e/o prestazioni in cui **non è essenziale la presenza fisica** del dirigente dell'Area Sanitaria;
- certezza nel mantenimento della **qualità e sicurezza clinica** della attività e/o prestazione sanitaria;
- certezza nella tutela della **privacy**.

Dopo che saranno soddisfatte queste premesse, si dovrà costruire una normativa contrattuale specifica per tale condizione di lavoro. Tali pre-requisiti e la normativa contrattuale conseguente **dovranno essere definiti al più presto al livello nazionale** al fine di evitare il fiorire "fai da te" di iniziative periferiche non sicure e disomogenee.

## LE GRANDI RIFORME DEL SSN (PARTE PRIMA)

# OLTRE IL DLGS 502/1992

## Un nuovo modello di organizzazione del Ssn

A cura di **CARLO PALERMO, VINCENZO COSENTINI, GIOVANNI GALLO, ROBERT TENUTA, COSTANTINO TROISE, BRUNO ZUCCARELLI**

### 1 INTRODUZIONE

Il Dlgs 502/92 ha trasformato gli Enti ospedalieri in Aziende ospedaliere, con personalità giuridica pubblica ed autonomia organizzativa, patrimoniale, amministrativa, contabile, gestionale, e le Unità sanitarie locali (Usl) in aziende pubbliche controllate non più dai Comuni ma dalle Regioni (Asl), trasformando molti ospedali in Aziende ospedaliere autonome con separazione fra “compratori” e “produttori” di prestazioni.

Questo processo di aziendalizzazione 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.

Il lavoro nella sanità pubblica è stato messo al servizio dell'organizzazione aziendale e del paradigma economicistico mentre il prodotto salute passa in terza linea e chi lo produce rappresenta il costo maggiore. In buona sostanza, l'Azienda sanitaria è diventata un contenitore di anonimi fattori produttivi (i professionisti), costosi processi di produzione (le cure e l'assistenza), consumatori sempre più esigenti (gli utenti), con costi in crescita in bilanci che bisogna far quadrare comunque. La sua mission principale è il governo dei costi di produzione attraverso il controllo dei fattori di produzione, medici compresi. La discrezionalità connessa al principio del rapporto fiduciario, la natura monocratica del governo aziendale, la subalternità dell'autonomia tecnico-professionale alle ragioni della gestione economicistica sono diventati paradigma immutabile, quasi valore indisponibile, tenacemente protetto nella architettura normativa dell'azienda sanitaria e della Regione.

Il lavoro professionale, svolto in condizioni sempre più gravose e rischiose, tutti i giorni e le notti dell'anno, a tutela di un bene costituzionalmente protetto, è oggi ridotto a macchina banale. Causa non secondaria della grande fuga che porta ogni anno 4000 medici fuori dal lavoro ospedaliero prima della quiescenza, e della sua perdi-

ta di attrattività fin dalle giovani generazioni. Al medico a gettone si arriva dopo un lungo processo che porta alla perdita del valore, della autonomia, della specificità e della insostituibilità del fare e dell'essere medico pubblico. È questo il risultato nudo di un processo di aziendalizzazione senza freni né adattamenti, in cui il medico è solo una parte dell'ingranaggio per produrre, di più e più in fretta, prestazioni, non salute. Più visite, più interventi, più esami. Più protocolli, più resoconti, più procedure. Con i tempari che pretendono di sostituire il cronometro allo stetoscopio e l'overbooking programmato delle prestazioni, come una qualsiasi compagnia aerea low-cost. Il “disagio medico” è un fenomeno antico ma il “quiet quitting” e la “grande fuga” sono la spia di una accresciuta insoddisfazione verso un modello di governance non privo di elementi di autoritarismo. Medici e dirigenti sanitari si sentono poco amati, controllati, vincolati alle norme che fissano i livelli di subordinazione e il rispetto ossessivo del feticcio della produttività, ridotti a numeri chiamati a produrre altri numeri, esclusi dalla partecipazione ai modelli organizzativi e operativi aziendali, condannati a perdere insieme autorevolezza professionale e potere negoziale.

La specificità della produzione richiede, però, strumenti appropriati di direzione e di riconoscimento delle criticità e delle opportunità di sviluppo, per garantire qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate ai cittadini, per cui è necessaria una diversa collocazione dei dirigenti medici e sanitari nella governance aziendale.

Il Ssn ha bisogno certo di maggiori risorse (secondo il rapporto Crea 2025 tra i 20 e i 40 miliardi) ma anche di riforme. Il binomio “risorse-riforme” vede oggi, però, risorse insufficienti e riforme dichiarate solo nelle intenzioni. Mentre appare urgente e necessaria una riforma del Dlgs 502/92 che individui un nuovo modello di “Governance” del Ssn che valorizzi il ruolo e la specificità della dirigenza medica e sanitaria, favorendone la partecipazione al governo delle aziende, e individui uno “status giuridico” adeguato ai professionisti che operano al suo interno.

## 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, fondata su una sostanziale autonomia tecnico professionale con l'obiettivo di invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale. Essa deve poggiare su organismi professionali che orientino e supportino il management aziendale nelle scelte tecniche e in procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali, all'interno di organizzazioni votate non al puro controllo dei costi ma a risultati di salute, non ai numeri ma alle persone. 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, alle associazioni dei cittadini e ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni). 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 con procedure *top-down*.

Gli organismi collegiali rappresentativi dei dirigenti medici e sanitari devono avere un ruolo nei processi decisionali che hanno impatto sulla attività clinica, attraverso l'espressione di pareri, anche vincolanti. E occorre rilanciare il modello del Dipartimento come organo centrale nei processi gestionali (budget, standard organizzativi del personale, investimento tecnologico, formazione), di governo dei meccanismi di carriera, di valutazione professionale, di monitoraggio e rimedio al 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. Un processo senza freni che reifica insieme il medico e il malato.

Per invertire la rotta, occorre ripensare i rapporti tra *contenuto e contenitore*. E *mirare alla* integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie, quello politico, quello manageriale e quello tecnico professionale, oggi questione cruciale nel vincere (o perdere) le due sfide più grandi per il nostro sistema sanitario, cioè quella della sua sostenibilità economica e quella del consenso dei cittadini, evitando che medici e personale sanitario diventino il parafulmine della rabbia e della insoddisfazione dei malati. La stessa 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 livelli su cui agire sono tre:

### 1 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 da parte del Comitato di Dipartimento, composto dai titolari di incarico di struttura complessa, semplice e di altissima specializzazione, con durata del mandato di 3 anni e limite di due mandati consecutivi;
- rafforzamento del ruolo del Collegio di Direzione chiamato a esprimere parere preventivo vincolante su tutti gli atti di programmazione e di valenza economico-finanziaria e sui piani di fabbisogno del personale, con possibilità di autonoma iniziativa, non vincolante, su altri atti

### 2 REGIONALE

- definire specifici percorsi e obblighi di informazione preventiva e di concertazione su temi quali: programmazione, bilancio e finanziamento delle aziende sanitarie, rapporti con università, formazione e reclutamento, piano sanitario e socio-sanitario regionale etc.,

### 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 della azienda, cui spetta l'approvazione dei bilanci annuali e di tutti gli atti di programmazione e organizzazione aziendale nonché l'intesa con il Presidente della Regione sulla nomina del Direttore generale, il cui mandato non sia inferiore a 5 aa. La Ctss istituisce un tavolo di confronto periodico con rappresentanze sindacali, professionali e sociali.

Una "Governance" a "cerchi concentrici" (Azienda - Territorio e Ctss - Regione) introduce forti e vincolanti meccanismi di partecipazione, trasparenza, codecisione e valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e della cittadinanza senza ulteriori 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 hanno come riferimento per la loro attività lavorativa il diritto alla salute, l'unico che in Costituzione è definito fondamentale, a dimostrazione della loro specificità e del loro ruolo, 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 delega della proprietà nella gestione di risorse economiche e tecnologiche anche ingenti. Ogni scelta clinica rappresenta una decisione etica ed economica di cui il medico è responsabile. Oggi, però, 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.

La grande fuga ci racconta una forte disaffezione nei confronti del proprio posto di lavoro. Manca uno spirito di appartenenza e una condivisione di valori, complice 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. Una riscrittura del lavoro medico passa per una modifica dello stato giuridico che accentui il carattere di "Dirigenza speciale" delineato dall'art. 15 del d.lgs 502/1992 e ssmi che al comma 2 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'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 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 attuativa di tale "specialità" in alcuni particolari istituti quali:

#### 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 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. Senza oneri di spesa a carico della finanza pubblica.

#### FLESSIBILITÀ

È necessario accompagnare il cambiamento del mondo del lavoro. Il concetto di "*flessibilità*" andrebbe applicato in primis al sistema di accesso alla dirigenza medica e sanitaria, oggi molto rigido, evitando però la frammentazione dello stato giuridico, se non per numeri limitati e periodi di tempo definiti. Si rende necessario innanzitutto ridurre il numero delle prove concorsuali e parificare ai doveri di ufficio la partecipazione alle commissioni. E, nella tipologia dei rapporti di lavoro, prevedere, oltre al rapporto di dipendenza standard, una liberalizzazione del part time insieme con differenti regimi di impegno orario. Opportuno anche il passaggio della contrattazione collettiva al Ministero della salute.

#### CARRIERA

Si potrebbe ipotizzare 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 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, e rendere più "appetibile" l'ingresso dei giovani specialisti nel Ssn, occorre eliminare il vincolo di anzianità quinquennale per il conferimento degli incarichi di tipo professionale, lasciando 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 in un "patto di fedeltà reciproca". Questo equilibrio garantiva il temperamento di due legittimi interessi/diritti: quello del professionista di esercitare l'attività in modo liberale e quello del paziente di scegliere il professionista, rafforzando e conservando il rapporto fiduciario medico-paziente. La cosiddetta intramoenia allargata consente il rispetto di tale equilibrio anche in assenza di spazi interni separati e distinti.

Si può prevedere un ritorno al patto fondativo del rapporto esclusivo rendendo più "flessibile" e realistica l'attività libero professionale intramoenia attraverso convenzioni con altri spazi, pubblici o privati, per rendere l'istituto parte della soluzione e non del problema delle liste di attesa.

4

**SSN E UNIVERSITÀ**

Una riforma del decreto legislativo 502/1992 esige un coordinamento “speculare” con il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, almeno per mettere un freno ai dilaganti 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.

Nel Consiglio dei sanitari delle Aziende Miste deve essere garantita la presenza dei dirigenti medici e sanitari, del Ssn e dell’università, in numero proporzionale alla consistenza numerica della rispettiva dotazione organica, senza le nomine dirette presenti in alcune leggi regionali. Anche 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.

Al Collegio di Direzione delle aziende ospedaliere universitarie va affidato anche il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione dell’attività assistenziale dell’azienda con la programmazione didattica e scientifica delle università e di verificarne la corretta attuazione.

L’intesa tra Regione e Rettore per la nomina del DG deve essere eliminata.

5

**SANITÀ PRIVATA ACCREDITATA**

**Il Servizio Sanitario Nazionale si fonda** su un sistema di strutture, pubbliche e private accreditate, eroganti prestazioni finanziati dal Fondo Sanitario Nazionale, con il diritto dei cittadini di scegliere la struttura presso cui riceverle.

Gli artt. 8 e 15 del D. Lgs. 502/1992 disciplinano rispettivamente le attività e le funzioni dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) e lo stato giuridico e l’organizzazione dei dirigenti medici e sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale con un modello basato sulla dirigenza unica. Mancano riferimenti normativi specifici per il personale del settore privato accreditato che, privo di un quadro regolatorio organico, rimane in una “zona grigia”, malgrado il ruolo crescente, per la funzione svolta e le risorse assorbite, nel garantire i Lea. In tale zona la disciplina del rapporto di lavoro dei professionisti è affidata ad una contrattazione privata frammentata, pur essendo questo personale impegnato nell’erogazione di un servizio pubblico essenziale.

La riforma del Dlgs 502/92 può rappresentare un passaggio strategico per una definizione legislativa organica dello status professionale dei sanitari operanti nelle strutture private accreditate, riconoscendone formalmente il ruolo nell’erogazione dei LEA e criteri di rappresentatività sindacale coerenti con la funzione svolta.

Un nuovo modello deve riguardare:

A

**INQUADRAMENTO PROFESSIONALE**

Occorre perseguire l’attribuzione di una qualifica “dirigenziale in senso privatistico” a medici e sanitari delle strutture private accreditate, anche in base a quanto disposto dall’articolo 2095 del codice civile che riconosce la qualifica di dirigente a *lavoratori in possesso di “elevate conoscenze scientifiche e tecniche o, comunque, dotati di professionalità tale da collocarsi in condizioni di particolare forza nel mercato del lavoro”*.

B

**DOTAZIONI**

È necessario riaffermare un principio di adeguatezza delle dotazioni qualitative e quantitative di personale, competenze, strumentazioni e tecnologia.

C

**CONTRATTI DI LAVORO**

I contratti collettivi nazionali di lavoro si ispirino a principi di equità tra tutto il personale che opera per il Ssn e omogeneità per quanto riguarda diritti, tutele sindacali, principi di organizzazione del lavoro e trattamento retributivo, almeno per la *parte fissa*, lasciando le *voci accessorie* al legittimo confronto aziendale. Per la rappresentatività sindacale il riferimento sia la rappresentatività comparata.

---

## LE GRANDI RIFORME DEL SSN (PARTE SECONDA)

---

# SSN E UNIVERSITÀ: UN'INTEGRAZIONE POSSIBILE?

---

## Il Dlgs 517/1999, trent'anni dopo

---

A cura di **GERARDO ANASTASIO, UMBERTO ANCESCHI,  
FLAVIO CIVITELLI, FEDERICO LATINI,  
STEFANO MAGNONE, ESTER PASETTI,  
BASILIO PASSAMONTI**

A quasi trent'anni dall'emanazione del Dlgs 21 dicembre 1999, n. 517, il rapporto tra Servizio Sanitario Nazionale e Università continua a oscillare tra ambizione riformatrice e realtà incompiuta. Il legislatore aveva immaginato un percorso capace di fondere assistenza, didattica e ricerca in un unico soggetto istituzionale: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. A seguito della riforma del titolo V della Costituzione, considerata anche la recente approvazione della legge sull'autonomia differenziata, oggi quel disegno ha assunto le sembianze di un "mosaico arlecchino" piuttosto che quelle di un sistema coerente.

---

### 1 DALLA CONVENZIONE ALL'INTEGRAZIONE: UN PERCORSO INTERROTTO

---

**L'integrazione non può restare un equilibrio negoziale. Non si tratta di chiudere le porte all'Università, ma di blindare il perimetro: formazione sì, collaborazione sì, ricerca sì, ma senza cessione implicita della governance ospedaliera**

---

Il rapporto **Ssn-Università** nasce come relazione pattizia, fondata su convenzioni e compromessi locali. Il Dlgs 517/1999 tenta un salto di qualità: non più semplice coesistenza, ma integrazione funzionale. Tuttavia, il carattere "sperimentale" del modello aziendale delineato nell'articolo 2 del decreto legislativo e la mancata definizione di un assetto unitario effettivo hanno prodotto una pluralità d'interpretazioni regionali. Il risultato è una geografia disomogenea: aziende realmente integrate convivono con modelli ibridi, talvolta privi di un solido fondamento giuridico e organizzativo. L'assenza di un atto d'indirizzo nazionale, ha lasciato spazio a una regolazione frammentata, spesso più influenzata da equilibri, influenze, convenienze e rapporti di forza locali, che da una visione coerente e sistematica.

Il principio dell'integrazione tra Servizio Sanitario Nazionale e Università resta condivisibile. Il problema nasce però quando questa integrazione non viene governata attraverso regole chiare, ma lasciata in balia di equilibri di potere tra Regioni, Atenei e Aziende sanitarie. Dove l'Università è forte, tende ad ampliare il proprio spazio; dove l'Azienda sanitaria è fragile, tende ad accettare l'integrazione come leva di sopravvivenza organizzativa. In mancanza di criteri nazionali omogenei, prevalgono soluzioni non sempre trasparenti né coerenti con i bisogni assistenziali. Il problema non consiste nel ridurre la collaborazione, ma nel renderla verificabile: l'integrazione deve essere un atto programmatico, non un equilibrio di potere.

In questo quadro, la qualità delle convenzioni diventa decisiva. Ogni accordo non dovrebbe essere esclusivamente una cornice generica, ma uno strumento di garanzia per entrambe le parti. Dovrebbe stabilire cosa entra nella rete formativa, cosa resta nella governance aziendale, quali sono i limiti della presenza universitaria, quali risorse vengono messe a disposizione e quali verifiche sono previste.

In particolare, andrebbe definito in modo esplicito che la partecipazione alla rete formativa non determina automaticamente la trasformazione della struttura in unità universitaria, né comporta l'attribuzione automatica della direzione a personale universitario. Non si tratta di chiudere le porte all'Università, ma di blindare il perimetro: formazione sì, collaborazione sì, ricerca sì, ma senza cessione implicita della governance ospedaliera.

## 2 IL FALLIMENTO DELL'INTEGRAZIONE "SPONTANEA"

**L'espansione accademica genera pressione sul Servizio Sanitario Nazionale. La prospettiva non deve essere anti-universitaria, deve essere anti-ambiguità.**

**L'Università ha molto più bisogno del Servizio Sanitario Nazionale di quanto il Servizio Sanitario Nazionale abbia bisogno dell'Università. È da questo equilibrio reale che deve ripartire ogni riflessione di riforma.**

**La relazione** tra Facoltà di Medicina e Servizio Sanitario Nazionale è storicamente segnata da tensioni e conflitti, dovuti alla coesistenza di due sistemi distinti, con normativa, personale, obiettivi e logiche organizzative differenti. Oggi siamo a un passaggio critico - derivante da scelte politiche del passato non portate a compimento in maniera adeguata - che, sotto diversi aspetti, costituisce una vera emergenza per il sistema sanitario del nostro Paese. Le leggi che avrebbero dovuto favorire l'integrazione - peraltro datate - hanno spesso prodotto compromessi estenuanti e inefficaci, diseconomiche duplicazioni di funzioni e un generale squilibrio, senza riuscire a definire chiaramente ruoli, responsabilità e limiti della presenza universitaria nelle strutture sanitarie. Nel tempo, il moltiplicarsi delle Facoltà di Medicina e l'utilizzo della funzione didattica come leva organizzativa, hanno determinato una progressiva occupazione degli spazi e delle posizioni apicali negli ospedali ben oltre le mura delle aziende di riferimento (caratterizzate secondo la legge da unitarietà logistica e strutturale), spesso in assenza di criteri oggettivi, trasparenti e coerenti con i bisogni assistenziali, ma definiti da puri rapporti di forza. In sostanza, l'assenza di norme (o il loro mancato rispetto) che stabiliscano, in maniera trasparente, cogente e condivisa la quota dell'assistenza - espressa in dotazione strutturale e articolazione organizzativa - necessaria all'esplicazione della funzione didattica e di ricerca, non più e non solo in rapporto al numero dei discenti e dei docenti, rende indefiniti i confini della presenza universitaria entro le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, con non pochi casi di microstrutture complesse in cui l'unica presenza

universitaria è costituita dal direttore, in violazione peraltro degli standard organizzativi previsti dalle norme di riferimento. Questo ha contribuito a creare strutture poco efficienti, che hanno causato sprechi e indebolito l'unitarietà organizzativa degli ospedali: le risorse organizzative da utilizzare per le attività assistenziali devono quindi essere legate a indicatori di attività che non consentano la creazione di unità operative con volumi di attività al di sotto di soglie minime di efficacia e di economicità (un riferimento su tutti: il Dm 70/2015).

Le evidenze raccolte negli anni mostrano che l'integrazione non si realizza per semplice contiguità fisica o giuridica. I protocolli d'intesa, pur formalmente centrali, si sono rivelati strumenti deboli: generici, ridondanti, con continui rinvii ad ulteriori provvedimenti attuativi; privi quindi di un valore aggiunto, se non quello di consolidare e legittimare l'egemonia, nella direzione delle strutture, dei docenti universitari. Già nel 2014 l'Anaa Assomed denunciava come i due sistemi restassero "estranei e concorrenti", separati da stati giuridici, percorsi di carriera e logiche organizzative differenti: a distanza di oltre un decennio, questa diagnosi conserva una sorprendente attualità.

Negli ultimi anni il sistema universitario ha prodotto una crescita significativa della componente accademica, soprattutto nei ruoli intermedi. Questo ha creato una domanda crescente di spazi assistenziali, posizioni organizzative, sedi formative e visibilità clinica. Tuttavia, tale crescita non è stata accompagnata da un parallelo aumento della capacità assistenziale direttamente universitaria. Il risultato è che l'espansione accademica tende necessariamente a cercare sbocco nel Servizio Sanitario Nazionale. Più aumentano docenti, scuole, corsi e sedi, più cresce il bisogno di reparti, ambulatori, sale operatorie, casistiche e tutoraggi. Se questo processo non viene regolato, la rete ospedaliera pubblica rischia di diventare il luogo naturale di assorbimento delle esigenze accademiche.

Il vero nodo politico è che non può esistere integrazione senza pari dignità. Se il Servizio Sanitario Nazionale garantisce casistica, personale, sedi formative, attività assistenziale e tutoraggio, deve essere riconosciuto come soggetto formativo pieno, non come semplice infrastruttura dell'Università. Allo stesso modo, se l'Università entra nell'assistenza, deve accettare pienamente le regole dell'assistenza pubblica: trasparenza, responsabilità, valutazione, coerenza contrattuale, rispetto della governance aziendale.

Non è sostenibile un sistema in cui il potere è condiviso, ma la responsabilità resta prevalentemente in capo al Servizio Sanitario Nazionale. La prospettiva non deve essere anti-universitaria, deve essere anti-ambiguità. L'Università ha molto più bisogno del Servizio Sanitario Nazionale di quanto il Servizio Sanitario Nazionale abbia bisogno dell'Università. È da questo equilibrio reale che deve ripartire ogni riflessione di riforma.

### 3 LA CLINICIZZAZIONE: SINTOMO DI UN EQUILIBRIO DISTORTO

Il fenomeno della cosiddetta “clanicizzazione” si manifesta come una vera “colonizzazione” spesso rispondente a logiche clientelari. Rete formativa sì; espansione organizzativa automatica no.

La rete deve formare, non espandere il perimetro universitario.

Uno dei fenomeni più critici è la cosiddetta “clanicizzazione”, ossia l'estensione della direzione universitaria su strutture del Servizio Sanitario Nazionale al di fuori delle Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento. Questo processo, spesso giustificato in nome dell'inscindibilità tra didattica, ricerca ed assistenza, si configura in realtà come una distorsione del modello originario. Esso produce almeno tre effetti:

- 1 altera i meccanismi di accesso alle posizioni apicali, eludendo le procedure concorsuali;
- 2 mortifica le legittime aspettative di carriera del personale ospedaliero;
- 3 viola l'unitarietà organizzativa e strutturale delle aziende miste, prevista dalla legge.

La clanicizzazione quindi non è integrazione e non risponde a esigenze didattiche – che secondo le norme vigenti possono e nei fatti sono svolte dal personale del Servizio Sanitario Nazionale, senza alcun riconoscimento – ma è una vera e propria “colonizzazione” spesso rispondente a logiche clientelari.

Il punto decisivo è separare nettamente funzione formativa e governance assistenziale. In breve: rete formativa sì; espansione organizzativa automatica no. La rete deve formare, non espandere il perimetro universitario.

### 4 I NODI IRRISOLTI: PERSONALE, GOVERNANCE E RISORSE. L'ATTRATTIVITÀ DEL “BOLLINO UNIVERSITARIO”

Se l'integrazione diventa conveniente soprattutto per ragioni economiche o reputazionali, si rischia di perdere il baricentro: il bisogno assistenziale del territorio. La soluzione dovrebbe essere contrattuale e organizzativa.

L'integrazione non può reggersi sull'ambiguità.

L'integrazione universitaria è spesso percepita dalle Aziende sanitarie come un'opportunità. Può aumentare l'attrattività professionale, facilitare il reclutamento, aprire canali di ricerca, portare studi clinici, attrarre finanziamenti, migliorare l'accesso a tecnologie e rafforzare i percorsi clinici. In molte realtà periferiche, questo rappresenta un vantaggio concreto. Tuttavia, proprio perché il modello è attrattivo, va regolato. Se l'integrazione diventa conveniente soprattutto per ragioni economiche o reputazionali, si rischia di perdere il baricentro: il bisogno assistenziale del territorio. Una struttura può desiderare il “bollino universitario” per sopravvivere, un Ateneo può desiderarla per ampliare la propria rete, ma il sistema pubblico deve chiedersi se quella scelta migliori davvero cure, formazione e organizzazione. La soluzione potrebbe essere introdurre una valutazione preventiva e periodica dell'impatto delle convenzioni: cosa cambia per i pazienti? Cosa cambia per i professionisti? Quali risorse entrano? Quali responsabilità vengono assunte? Quali indicatori assistenziali migliorano? Senza questi elementi, l'integrazione resta una formula suggestiva ma poco controllabile.

Tre sono le principali faglie strutturali che impediscono una vera integrazione:

- 1 stato giuridico differente: personale universitario e del Servizio Sanitario Nazionale operano nello stesso spazio ma secondo regole diverse, con inevitabili conflitti;
- 2 governance ambigua: il ruolo del Rettore (eletto) nella nomina del Direttore Generale e quello degli organi d'indirizzo e verifica - a maggioranza universitaria nelle aziende miste - introducono elementi di condizionamento che indeboliscono l'autonomia gestionale dell'azienda;
- 3 finanziamento squilibrato: mentre è definito dalle norme il contributo economico a carico del Servizio Sanitario Nazionale per sostenere i maggiori costi legati alle esigenze universitarie - a quasi trenta anni dall'emanazione del Dlgs 517/99 e del Dpcm “Amato” del 2001 che lo prevedevano espressamente - manca una chiara definizione del contributo economico dell'Università agli eventuali disavanzi d'esercizio delle aziende miste, nonostante il fatto che in quelle realtà spesso la maggioranza delle leve gestionali sia nelle mani di accademici, trasferendo di fatto costi sul Servizio Sanitario Nazionale senza adeguata compensazione. Senza affrontare questi nodi, ogni tentativo d'integrazione resta un puro esercizio retorico.

La soluzione dovrebbe essere contrattuale e organizzata: nelle strutture integrate, ruoli, responsabilità, poteri gestionali, criteri di valutazione e modalità di impiego del personale devono essere definiti prima, non negoziati dopo. L'integrazione non può reggersi sull'ambiguità.

## 5 LA DIDATTICA DEL PERSONALE OSPEDALIERO: UN'OCCASIONE MANCATA

**Il problema dei letti "virtuali" e della capacità assistenziale "presa in prestito" Lo spettro delle Università private: il rischio di una pressione aggiuntiva**

In questo scenario, è ancora sostanzialmente ignorato il ruolo fondamentale svolto dal personale del Servizio Sanitario Nazionale nelle attività di didattica e tutoraggio. Medici e professionisti del Servizio Sanitario Nazionale garantiscono quotidianamente la formazione sul campo di studenti e specializzandi, assumendosi responsabilità educative senza un adeguato riconoscimento formale, professionale ed economico. Eppure, già un'indagine del Ministero della Salute del 2011 evidenziava con chiarezza come la dipendenza del sistema universitario dal Servizio Sanitario Nazionale sia di gran lunga superiore rispetto a quella del Servizio Sanitario Nazionale dall'Università: è infatti la rete assistenziale pubblica a rendere possibile, in misura decisiva, la formazione medica e a garantire i volumi assistenziali necessari per l'accredimento delle Scuole di Specializzazione. Non riconoscere a pieno titolo questo contributo – unico paese in Europa - significa perpetuare uno squilibrio che incide sia sulla qualità della formazione sia sulla tenuta del sistema sanitario. A rendere il quadro ancora più complesso contribuisce il proliferare delle Facoltà di Medicina, in particolare nell'ambito delle università private, spesso mediante accordi e autorizzazioni ad hoc "urgenti" e "nelle more di...", sostanzialmente modelli formativi ibridi. Alcuni Atenei hanno una base assistenziale propria limitata o comunque non proporzionata alla loro offerta formativa. In questi casi, il Servizio Sanitario Nazionale diventa inevitabilmente il principale bacino di appoggio per garantire attività clinica, tirocini e formazione specialistica. Questo può produrre una pressione ulteriore sugli ospedali pubblici, soprattutto periferici. Il rischio è che strutture già fragili vengano attratte dentro convenzioni non solo per reali esigenze didattiche, ma anche per ottenere visibilità e risorse. Tale collaborazione può diventare un "cavallo di Troia" per forme indirette di clinicizzazione.

Il principio d'integrazione tra attività assistenziale, didattica e di ricerca è da noi ampiamente condiviso, ma nella pratica è mancata una chiara definizione della quantità e qualità di risorse assistenziali necessarie per sostenere la formazione: ne è derivata una crescente difficoltà nel garantire equilibrio, efficienza e sostenibilità del sistema, anche per l'assenza di strumenti applicativi che assicurino pari opportunità tra personale universitario e ospedaliero. Il sistema attuale peraltro non valorizza adeguatamente il contributo dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale alla formazione: nonostante la nor-

mativa lo preveda da oltre trent'anni, il coinvolgimento dei dirigenti medici nella didattica resta marginale e scarsamente incoraggiato. All' o stesso tempo, la rete formativa – utilizzata come grimaldello per aprire le porte alla clinicizzazione - è spesso costruita non sulla base dei volumi di attività e della qualità clinica, ma su logiche accademiche autoreferenziali e spesso su simpatie e/o antipatie personali. Ne deriva una formazione talvolta disallineata rispetto ai bisogni reali del sistema sanitario, mentre il ruolo degli Osservatori Regionali sulla Formazione Specialistica – organismi di controllo previsti dalla legge - è spesso nullo o marginale. La situazione poi è resa ancora più confusa e ambigua a seguito delle assunzioni nei ruoli del Servizio Sanitario Nazionale degli specializzandi con il cosiddetto "Decreto Calabria", con l'ulteriore rischio di non rendere attrattivo il sistema sanitario pubblico ai nostri giovani.

Uno dei nodi più delicati riguarda la capacità assistenziale necessaria a sostenere le Scuole di Specializzazione. Molte strutture universitarie non dispongono autonomamente di posti letto, casistiche e volumi sufficienti per garantire pienamente i requisiti formativi. Di conseguenza, il Servizio Sanitario Nazionale diventa la base reale sulla quale si regge una parte significativa della formazione specialistica.

Questo produce un effetto paradossale: l'Università può accreditare e mantenere percorsi formativi grazie a volumi assistenziali che non produce direttamente, ma che acquisisce attraverso accordi con strutture ospedaliere: è il meccanismo dei "letti virtuali". La capacità formativa appare universitaria, ma la capacità assistenziale è in larga parte ospedaliera.

La possibile correzione dovrebbe essere semplice: ogni rete formativa dovrebbe distinguere in modo trasparente tra capacità propria dell'Ateneo e capacità messa a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, gli ospedali che garantiscono formazione reale dovrebbero ricevere riconoscimento formale, professionale ed economico, non essere semplicemente utilizzati come contenitori di casistica.

## 6 LO SCHEMA DI PROTOCOLLO DI INTESA DEL FEBBRAIO 2026

**Il protocollo non risolve le criticità esistenti, ma tende a consolidarle, istituzionalizzando uno squilibrio a favore dell'Università e trasformando anomalie in assetto strutturale**

In questo contesto si inserisce lo schema di Protocollo d'intesa "Schema-tipo di Protocollo d'Intesa tra Regione e Università, ai sensi dell'art. 6, comma 13, della legge 30 dicembre 2010, n. 240, nel quadro della disciplina unitaria dell'integrazione tra Università e Servizio sanitario dettata dal decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517", proposto dalla commissione insediata dal MUR con Decreto dell'8 agosto 2025, che presenta rilevanti profili di criticità sotto il profilo della legittimità e dell'equilibrio istituzionale, suscettibile di determinare effetti distorsivi nel sistema attuale, in potenziale contrasto con i principi di

cui agli articoli 3, 32 e 97 della Costituzione, nonché con la normativa di settore di cui ai decreti legislativi n. 517/1999 e n. 502/1992. Pur dichiarando finalità d'integrazione, il testo di fatto formalizza la prevalenza degli interessi universitari su quelli assistenziali fin dall'epigrafe, proprio nel richiamare la legge 240/2010 e solo in subordine la normativa di settore. Nel complesso, estende le previsioni legislative in senso ulteriormente favorevole all'Università, senza prevedere adeguate garanzie di pari dignità e di effettivo riconoscimento del ruolo del Servizio Sanitario Nazionale e dei suoi professionisti. Ne deriva un modello non pienamente conforme ai principi di pari dignità tra le istituzioni coinvolte, per numerose criticità strutturali e sistematiche.

Nel complesso, il protocollo non risolve le criticità esistenti, ma tende a consolidarle, istituzionalizzando uno squilibrio a favore dell'Università e trasformando anomalie in assetto strutturale. Ne deriva un modello che rischia di subordinare ancora una volta l'assistenza sanitaria alle esigenze formative, compromettendo l'equilibrio tra le due funzioni. L'elaborazione appare priva di un adeguato livello di trasparenza e non è accompagnata da una preliminare analisi sistematica degli esiti derivanti dall'applicazione dei protocolli regionali vigenti nel rapporto tra Servizio Sanitario Nazionale e Università. Parimenti, non emerge in modo esplicito una visione strategica complessiva né un chiaro indirizzo politico in ordine all'eventuale revisione del quadro normativo di riferimento. Sotto il profilo procedurale, la redazione del documento sembra essersi sviluppata, in assenza di evidenze documentali pubbliche, attraverso interlocuzioni ristrette all'interno del MUR e con rappresentanze del sistema universitario, senza un coinvolgimento formalizzato del Ministero della Salute. Analoga carenza si riscontra nel mancato confronto preventivo con le Regioni nelle sedi istituzionali competenti, nonché nell'assenza di un passaggio presso la Commissione Salute, la Conferenza delle Regioni e la Conferenza Unificata. Sarebbe quindi necessario un intervento di revisione profondo del documento proposto, volto a ristabilire un equilibrio reale tra assistenza, didattica e ricerca, garantire pari dignità tra le istituzioni e i professionisti coinvolti, riconoscere formalmente il ruolo formativo del personale del Servizio Sanitario Nazionale e ricondurre l'integrazione entro i limiti della normativa vigente. Solo attraverso una chiara definizione di ruoli, responsabilità e obiettivi sarà possibile costruire un sistema in cui la collaborazione tra Università e Servizio Sanitario Nazionale rappresenti un valore aggiunto per la qualità delle cure e della formazione, senza sacrificare la centralità del diritto alla salute.

## 7 PROPOSTE

**Occorrerebbe** superare l'ambiguità originaria del Dlgs 517/1999 attraverso interventi chiari:

- 1 Dovrebbe essere definito un modello nazionale vincolante che stabilisca criteri uniformi per organizzazione, governance e funzionamento delle Aziende Ospedaliere Universitarie. Poiché, però, il quadro normativo di riferimento prevede una legislazione concorrente tra Stato e Regioni, una soluzione del genere – seppur auspicabile – appare nel contesto odierno difficilmente percorribile, poiché richiede una volontà politica forte e soprattutto condivisa. Sarebbe quindi paradossalmente più percorribile il “Modello Lombardia”, approvato con una Delibera di Giunta Regionale n. 5887 del 23 marzo 2026. In essa viene introdotta una programmazione congiunta tra Regione, Università, Irccs e le aziende sanitarie territoriali, che amplia la rete formativa e ridefinisce la classificazione delle strutture, non prevedendo aziende ospedaliere-universitarie ma distinguendo tra Ospedale principale di insegnamento universitario e Ospedale di insegnamento. Il protocollo inoltre valorizza il ruolo dei medici specializzandi, anche quelli assunti ai sensi del cosiddetto ‘Decreto Calabria’, che potranno operare sull'intera rete secondo il modello ‘hub and spoke’. Conferma l'equiparazione dei diritti e dei doveri del personale universitario convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale, con chiarimenti sul trattamento economico e sull'organizzazione delle attività all'interno delle strutture, prevede un tetto al numero massimo di strutture a direzione universitaria e l'attribuzione delle stesse attraverso un concorso pubblico aperto ad entrambi i ruoli, quantomeno negli ospedali di insegnamento non sede principale di corso di laurea. Tale modello – tenendo conto delle realtà locali e mantenendo fermi i criteri su esposti – potrebbe essere più facilmente esportato, considerando anche il fatto che ha prodotto lusinghieri risultati sul piano della didattica, della ricerca e dell'assistenza.
- 2 L'integrazione non può tradursi in egemonia e/o subordinazione di una componente sull'altra: ci deve essere reciproco rispetto e va garantita parità di diritti e doveri tra personale universitario e ospedaliero: i primi soggiacciono alle stesse regole contrattuali dei secondi, per ciò che riguarda l'attività assistenziale, compresa la valutazione e l'assegnazione degli incarichi professionali e delle strutture semplici.
- 3 Al fine di rendere applicabile il Ccnl all'attività assistenziale dei docenti (cosa prevista dal Dlgs 517/99), devono essere definiti con maggior chiarezza sia l'orario dedicato all'assistenza, sia la retribuzione aggiuntiva dovuta per tale attività. Se è giusto che un ricercatore di prima nomina non guadagni meno di un dirigente Servizio Sanitario Nazionale neo assunto, è altrettanto giusto che gli ordinari con elevata anzianità direttori di struttura non percepiscano uno stipendio

superiore ai direttori ospedalieri cui sono equiparati, come peraltro già prescritto dalla Sentenza della Sezione Sesta del Consiglio di Stato n. 4131 del 6 luglio 2018.

- 4 Al di fuori delle aziende di riferimento – come previsto dalla legge - la direzione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale deve essere attribuita esclusivamente tramite procedure concorsuali pubbliche e trasparenti. La rete formativa non può essere utilizzata surrettiziamente per creare le condizioni di una clinicizzazione selvaggia delle strutture ospedaliere. Esistono già norme di riferimento molto chiare e dettagliate (Dlgs 368/1999, Decreti Interministeriali n. 68/2015 e n.402/2017) che necessitano semplicemente di essere applicate non “interpretate” a favore degli atenei. Per questo motivo a livello centrale e periferico l’Anaa Assomed svolge un continuo monitoraggio che tuttavia dovrebbe essere implementato.
- 5 Riconoscimento e sviluppo degli ospedali d’insegnamento all’interno di una rete formativa realmente integrata, fondata sulla qualità clinica e non sull’autodichiarato prestigio accademico. Oltre all’applicazione dei decreti citati nel paragrafo precedente, vanno rilanciati e resi operativi gli Osservatori Regionali sulla Formazione Specialistica; dovrebbero inoltre essere rivisti i criteri di nomina dei membri di tali organismi: anche in quest’ultimo caso il “Modello Lombardia”, che prevede una selezione pubblica e non una nomina diretta dei rappresentanti ospedalieri e di quelli degli specializzandi, potrebbe essere quello di riferimento. Peraltro questo modello è il frutto di una attenta azione sindacale Anaa Assomed esitata in un ricorso al Tar.
- 6 Valorizzazione del ruolo del personale Servizio Sanitario Nazionale nella formazione degli studenti e degli specializzandi, mediante una più chiara definizione degli incentivi economici (già previsti dal Ccnl) e di carriera per i dirigenti medici impegnati nella didattica. Come fonti di finanziamento potrebbero essere utilizzati – oltre a fondi regionali - i fondi previsti all’articolo 45 del Contratto collettivo nazionale di lavoro dell’area sanità - Triennio 2019-2021 (Formazione ed aggiornamento professionale, partecipazione alla didattica e ricerca finalizzata), e i fondi di ateneo di cui all’art. 4, comma 2, della legge 19 ottobre 1999, n.370 (compensi incentivanti per professori universitari e ricercatori).
- 7 Definizione di parametri oggettivi per individuare il contributo economico dell’Università agli eventuali risultati negativi del bilancio delle aziende. A tale proposito è necessario un intervento politico al fine di definire regolamenti applicativi delle norme esistenti.

8

## CONCLUSIONI

**Il vero punto politico è questo: non può esistere integrazione senza pari dignità, pari regole, pari responsabilità**

Il Dlgs 517/1999 ha indicato una direzione, ma non ha costruito la strada. L’integrazione tra Servizio Sanitario Nazionale e Università resta possibile, ma richiede un cambio di paradigma: da equilibrio negoziato a sistema regolato, da convivenza forzata a collaborazione strutturata. Senza una riforma, il rischio è di perpetuare un modello duale, in cui assistenza e formazione continuano a sfiorarsi senza mai fondersi davvero, alimentando frizioni ed incomprensioni che peggiorano il clima interno delle aziende e – di conseguenza – la qualità dell’assistenza. Se si avesse il coraggio di cambiare, invece, si può trasformare questa storica frizione in una leva strategica per la qualità del sistema sanitario pubblico e della formazione medica e sanitaria nel Paese.

## LE GRANDI RIFORME DEL SSN (PARTE TERZA)

# DAI DECRETI 70 E 77 ALLA RIFORMA QUATER DEL SSN

A cura di **CARLO LUSENTI, FABIANA FAIELLA, ALESSANDRO GRIMALDI, LUCA INDOVINA, FABRIZIO MEZZASALMA, RINALDO MICELI, GIOSAFATTE PALLOTTA, GIUSEPPE ROSATO, ELENA SILVAGNI**

### 1 INTRODUZIONE

**Per salvare** il Servizio Sanitario Nazionale serve una nuova riforma? Le riforme (o i tentativi di riforma) degli ultimi decenni sono state sufficienti?

A settantotto anni dall'approvazione della Carta Costituzionale, con l'articolo 32 che fissa la tutela della salute come diritto fondamentale e incompressibile di ciascun individuo, e a quarantotto anni dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale con l'approvazione della legge 833 del 1978, (1) dobbiamo rassegnarci a ritenere questa visione superata e questa organizzazione insostenibile? Vogliamo ancora un Servizio Sanitario basato sull'universalismo egualitario (non selettivo), equo (che garantisce di più chi è in condizione di maggior bisogno e non chi ha più possibilità), finanziato dalla fiscalità generale (non dalle mutue di categoria e dalle assicurazioni), nazionale (che garantisce a tutti i cittadini - o meglio gli individui, secondo il dettato costituzionale - pari opportunità di risposta ai bisogni di salute piuttosto che razionare i diritti in funzione della residenza), pubblico (sia considerando il sistema di tutela della salute come bene pubblico sia affidando alle istituzioni elette dai cittadini il governo del servizio sanitario), o invece si ritiene che il Servizio Sanitario vada privatizzato, non solo nelle linee produttive e nel finanziamento ma anche nella governance?

Riaffermando la volontà di mantenere questi principi come fondamento del successivo impianto legislativo, è innegabile che la disciplina dettata dal decreto legislativo 502/1992 e ssmi richieda una manutenzione e innovazione necessaria e non più rinviabile, finalizzata a sostenere un Servizio Sanitario universalistico, equo, nazionale e pubblico, che dia attuazione all'articolo 32 della Costituzione e alla legge 833 per garantire "tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività", nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana.

Non è quindi accettabile che questi principi, affermati con dure lotte politiche e ampio sostegno sociale nel 1978 con l'istituzione del Servizio Sanitario nazionale e il supera-

mento della iniqua e scandalosa gestione mutualistica, siano surrettiziamente messi in discussione nella nebulosa invocazione di una nuova grande riforma o scambiati con i provvedimenti parziali e contraddittori dell'ultimo quarto di secolo.

Inoltre non si può prescindere da quanto afferma la Corte Costituzionale ovvero che è «la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione», (sentenza 275 del 2016) (2) e «devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte prima di sacrificare quella per la sanità» (sentenza 195 del 2024) (3).

Principi ampiamente e colpevolmente disattesi negli ultimi quindici anni.

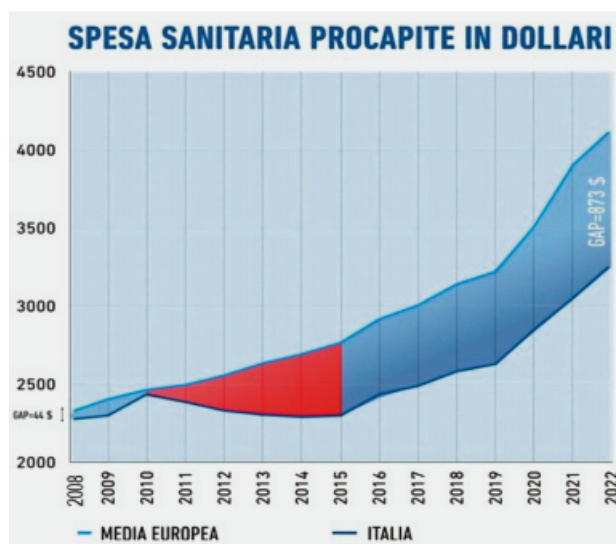


TAVOLA N. 1

È evidente come fino agli inizi del 2010 il finanziamento al Ssn fosse sovrapponibile alla media dei paesi europei (tavola n. 1 - Fonte Fiaso). Nei successivi quindici anni si apre progressivamente un divario che non è sostenuto da

un progressivo impoverimento del Paese rispetto al contesto europeo, ma piuttosto dalla precisa scelta politica che si riassume bene nella sintesi più volte ribadita dall'Anaa: *“Il Ssn è stato utilizzato come un bancomat!”*. Le conseguenze sono facilmente e sinteticamente riassumibili: a parità di potere d'acquisto la spesa italiana pro capite è meno della metà di quella tedesca e poco superiore al 50% di quella francese, inferiore a quella spagnola si assesta sotto la media Ocse e supera di pochi decimali Grecia e Portogallo.

Nel triennio 2022-2024 i prezzi hanno registrato un incremento cumulato del 13,9%, nello stesso periodo il FSN è cresciuto del 11,4% segnando un decremento in termini reali del 2,2%.

Tutto questo senza tener conto dei bisogni e dei costi crescenti legati a transizione demografica e innovazione tecnologica.

Il quadro macroeconomico per i prossimi anni resta difficile: tra 2025 e 2027 la crescita del Pil nell'area Ocse dovrebbe attestarsi solo tra l'1,7% e l'1,8%, mentre i deficit pubblici medi sono saliti al 4,7% del Pil nel 2024 e dovrebbero restare elevati. Intanto il debito pubblico è previsto in aumento fino al 113% del Pil nel 2027. In questo contesto, scrive l'Ocse, il consolidamento fiscale sarà inevitabilmente una priorità e i bilanci sanitari non potranno considerarsi al riparo. Anzi, sulla base dei budget già disponibili in alcuni Paesi, il 2025 dovrebbe ancora mostrare una crescita robusta della spesa sanitaria pubblica, in alcuni casi anche nel 2026. Ma oltre questa finestra, il margine si restringe. L'indicazione generale è chiara: l'aumento di spesa proseguirà nel breve periodo, ma poi tenderà a rallentare in modo marcato.

Per l'Italia il passaggio è particolarmente significativo: dopo il rallentamento del 2022 e del 2023, la spesa pubblica sanitaria è tornata a crescere nel 2024 e dovrebbe aumentare ancora tra il 2025 e il 2026. Tuttavia, la sua incidenza sul Pil è prevista stabile al 6,4% nel triennio 2025-2027, cioè sostanzialmente in linea con i livelli pre-pandemia. Più che una nuova fase espansiva, dunque, si profila una normalizzazione. (Fonte: *Working paper Latest health spending trends and outlook: Balancing resilience and sustainability in challenging times – Oecd Health Working Papers Aprile 2026*)

Anche la Corte dei Conti nell'ultima relazione al Parlamento, rileva per il 2024 una spesa sanitaria pubblica italiana nettamente inferiore rispetto alla media dei partner europei, sia in valore pro capite che in percentuale di Pil. A fronte di questo scarso finanziamento sono certificati i buoni risultati in termini di tutela della salute secondo indicatori internazionali riconosciuti.

In termini di efficienza, l'Italia si colloca in una posizione intermedia tra i Paesi Ocse, con un punteggio (0,59) superiore a quello di alcuni Paesi, tra cui Belgio, Germania e Portogallo, ma inferiore rispetto alla media Ocse (0,61). L'efficienza migliora quando si includono tra gli input, oltre alla spesa sanitaria, altri parametri strutturali, come il numero di posti letto ospedalieri o il personale impiegato in sanità ogni 1.000 abitanti. Ciò suggerisce che, tenendo conto delle risorse assegnate, il nostro sistema genera risultati complessivamente buoni (Fonte: *Ocse/The Health Foundation, “How Do Health System Features Influence Health System Performance?”*, *Oecd Publi-*

*shing, 2025*). Il Rapporto Ocse mette in luce anche aspetti positivi del sistema italiano. Uno di questi è la bassa mortalità evitabile, cioè il numero di decessi che potrebbero essere evitati attraverso un'efficace prevenzione e trattamenti adeguati, pari a 52,4 decessi ogni 100.000 abitanti (media Ocse di 78). Buoni risultati anche per quanto riguarda le ospedalizzazioni evitabili per patologie (asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva e insufficienza cardiaca congestizia) il cui trattamento appropriato in regime ambulatoriale permetterebbe di evitare il ricovero (183 ogni 100.000 abitanti contro una media Ocse di 334).

Da molti anni il Ssn convive con una condizione di sotto-finanziamento pubblico che ci ha reso *“il primo dei paesi poveri”* nel confronto internazionale, minando le fondamenta dell'universalismo egualitario su cui si regge il diritto alla salute. Invertire potentemente questa condizione di impoverimento strutturale, tecnologico e professionale è il presupposto necessario e prioritario di qualsiasi riforma di sistema che altrimenti sarebbe l'ennesimo *“libro dei sogni”* che diventano incubi nel buio del razionamento. Questa deriva ci porta verso *“un Ssn pubblico povero per i poveri”* nel quale l'indigenza non è solo il profilo caritatevole delle persone a cui si rivolge ma anche, se non soprattutto, la condizione di impoverimento (di mezzi, tecnologie, personale, retribuzioni) in cui operano quotidianamente i professionisti.

Senza risorse adeguate, in linea con i paesi europei con cui vogliamo confrontarci e competere, il Servizio sanitario non sopravvive e parlare di generiche e salvifiche riforme finisce per essere un'operazione di distrazione di massa più o meno consapevole.

Per reggere l'urto dell'invecchiamento della popolazione, della crescita delle patologie croniche e dell'innovazione tecnologica, i sistemi sanitari dovranno diventare più efficienti. Non sarà sufficiente chiedere più fondi. L'Ocse indica tre direttrici: rafforzare l'assistenza primaria, ripensare l'assetto ospedaliero e accelerare su digitale, dati e intelligenza artificiale. Ma sono riforme che richiedono investimenti iniziali e capacità di governo, non semplici tagli lineari.

La pandemia ha dimostrato che i sistemi sanitari non possono essere compressi oltre una certa soglia senza pagarne il prezzo. Ma oggi, con finanze pubbliche più fragili e nuove pressioni sui bilanci, la domanda non è soltanto quante risorse destinare alla sanità. La domanda vera è se i governi saranno capaci di usarle per rafforzare davvero i sistemi, invece di inseguire l'emergenza successiva

Radicare queste condizioni preliminari e necessarie, è certo che dedicarsi ad una innovativa manutenzione (ciò che chiamiamo riforma) della legislazione che nell'arco di venti anni (dalla 833 del 1978 alla 229 del 1999), ormai superati da un quarto di secolo di provvedimenti parziali e contraddittori ha definito gli assetti organizzativi ed il funzionamento del Servizio Sanitario nazionale, sarebbe un lavoro utile e positivo, se guidata da scelte politiche chiare e condivise, che ampliano il diritto alle cure così rafforzando la libertà e la sicurezza di ciascuno e la democrazia sostanziale del paese. Dunque una riforma organica è sì necessaria, perché negli anni molto è cambiato, ma confermando i principi e i valori della 833.

## 2 DELEGA AL GOVERNO PER L'ADOZIONE DI MISURE IN MATERIA DI RIORGANIZZAZIONE E POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E OSPEDALIERA E REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SSN

In questo contesto la recente approvazione da parte del Consiglio dei Ministri del disegno di legge delega volto alla riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (all'esame del Senato al momento in cui si scrive -AS 1825) presenta numerose ed evidenti criticità e non contiene elementi di proposta che riteniamo imprescindibili (4). In particolare:

- A mancanza di un preventivo confronto con gli Enti territoriali, Conferenza delle Regioni, Organizzazioni sindacali, rappresentanze ordinistiche dei professionisti del Ssn;
- B adozione di una procedura d'urgenza (parere non vincolante da emanarsi entro 30 giorni);
- C assenza di una cornice strategica e delega generica e ampia: "delega in bianco";
- D squilibri procedurali, con riduzione del ruolo delle Commissioni parlamentari e ampliamento della discrezionalità del Governo nell'elaborazione dei decreti delegati;
- E clausola di invarianza finanziaria: le amministrazioni provvedono con risorse disponibili a legislazione vigente, salvo quanto previsto per le nuove misure (ospedali di terzo livello);
- F assistenza ospedaliera: istituzione di ospedali di terzo livello con finanziamento extra riparto secondo procedure di selezione non dichiarate rafforzando i poli già forti inclusi i privati ed enti religiosi. Separa i grandi ospedali dal resto della sanità e li accentra in mano al Ministero. Ospedali elettivi: definizione incerta con rischio di selezione opportunistica della casistica e trasferimento pazienti. Si consolida in questo modo un modello ospedale-centrico, paradigma che negli anni si è rilevato non adeguato ai cambiamenti demografici ed epidemiologici in corso;
- G problematico il riferimento a "requisiti valutati in coerenza con la disciplina in materia di IRCCS e di AOU", considerato che tale disciplina è attualmente in evoluzione per quanto concerne gli IRCCS e che abbiamo già espresso rilevanti perplessità in merito al testo del rinnovo dello Schema-tipo di protocollo d'intesa tra Regione e Università, ai sensi della legge n. 240/2010, predisposto dal Ministero dell'Università e della Ricerca, il quale attribuisce un ruolo significativo all'Università e al relativo personale nella governance delle aziende sanitarie, fino alla "legalizzazione" delle cosiddette clinicizzazioni;

H assistenza territoriale si elencano temi chiave senza alcun impegno economico;

I solo dichiarazioni di intenti su salute mentale, neuro psichiatria infantile, dipendenze patologiche e prevenzione

J rinvio della quantificazione degli oneri non determinabili per le nuove reti assistenziali, per i servizi della non autosufficienza e per innalzare gli standard delle cure palliative.

Il processo di centralizzazione appare come una sorta di "autonomia differenziata al contrario", determinando di fatto un quadro complesso e potenzialmente contraddittorio, in cui spinte verso una maggiore autonomia regionale convivono con processi di accentramento decisionale a livello statale. Ciò risulta particolarmente evidente se si considera che, nonostante i vincoli stringenti posti dalla sentenza n. 192/2024 della Corte Costituzionale, (5) il Governo ha approvato nel mese di febbraio gli schemi di intesa preliminare con Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto. In tali accordi è previsto un ampliamento delle competenze regionali per funzioni in diverse materie, tra cui la protezione civile, le professioni, la previdenza complementare e, soprattutto, la tutela della salute (6). Inoltre, è opportuno ribadire come il presente disegno di legge non affronti affatto il tema della prevenzione, che rappresenta invece un nodo strutturale di primaria rilevanza. Come affermato nel Documento di finanza pubblica 2026, "il costo della non prevenzione resta sottorappresentato nelle valutazioni di spesa correnti". La tendenza a concentrarsi sui costi dell'anno in corso, trascurando i benefici distribuiti nel tempo derivanti da interventi di prevenzione e innovazione tecnologica, determina infatti scelte allocative distorte. Ciò che nel breve periodo appare come un risparmio si traduce, nel medio termine, in diagnosi più tardive, trattamenti più onerosi e un incremento dei livelli di ospedalizzazione.

Alla luce di una spesa sanitaria pubblica prevista in crescita — dai 148,5 miliardi di euro del 2026 ai 159,4 miliardi del 2029 — e di una proiezione di lungo periodo che la colloca al 7,4% del PIL entro il 2070, emerge con chiarezza come il sistema necessiti non soltanto di maggiori risorse, ma anche di un profondo ripensamento delle modalità di allocazione. È questa la sfida che il prossimo triennio sarà chiamato, quantomeno, ad avviare con decisione (Fonte – Documento di Finanza Pubblica 2026 approvato dal Consiglio dei ministri il 22 aprile).

Oltre alle sopracitate criticità il disegno di legge non contiene (anche per il mancato confronto preventivo con le OOSS di settore), proposte e innovazioni che affrontino i cronici problemi dei professionisti che operano nel Ssn. A questo proposito la Direzione Anaa Assomed ha elaborato ed approvato il documento di proposte di revisione del Dlgs 502/1992 "Nuovo modello di Governance delle aziende e stato giuridico della dirigenza medica e sanitaria" (Verona, settembre 2025) (7)

In sintesi, e relativamente all'oggetto della tesi, per invertire la rotta, occorre ripensare insieme l'attuale modello di governance e quindi i rapporti tra contenuto e contenitore. L'idea di governo clinico, riconosce la cen-

tralità 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. 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 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 professionisti, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato. 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. Così come è necessario ribadire il ruolo e la specificità della dirigenza medica e sanitaria attribuendo uno status giuridico adeguato ai

professionisti. Oggi i medici ed i sanitari 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. Di qui la necessaria costruzione di una declinazione interpretativa e attuativa di tale "specialità" in alcuni particolari istituti strategici per la dirigenza sanitaria (principi dell'organizzazione del lavoro, flessibilità, nuova architettura e sviluppo di carriera, libera professione, ridefinizione dell'integrazione Ssn e Università).

È necessario altresì promuovere un livello avanzato di integrazione attiva tra i servizi sanitari e quelli sociali, attualmente caratterizzati da una marcata separazione sia sul piano dei meccanismi di finanziamento sia su quello organizzativo e funzionale.

Le condizioni di fragilità, vulnerabilità e disabilità configurano situazioni di disagio e sofferenza che si manifestano con diversa intensità e che richiedono risposte articolate e coordinate. In tale prospettiva, gli obiettivi programmatici si orientano verso la promozione "dell'invecchiamento attivo", attraverso un'analisi multidimensionale dei bisogni della persona anziana, in coerenza con una valutazione integrata delle condizioni biopsicosociali. Ciò implica la considerazione del grado di autonomia o di non autosufficienza, totale o parziale, e il progressivo superamento di un modello meramente assistenziale a favore di interventi finalizzati al mantenimento della qualità di vita nel proprio contesto abitativo, riconoscendo il domicilio quale primo luogo di cura, nonché nella comunità di appartenenza.

1. FINALITA'	2. CAMBIO DI PARADIGMA	3. ARCHITETTURA DEL NUOVO SISTEMA
<p>A. Delineare un nuovo modello di governance e stato giuridico della dirigenza medica e sanitaria.</p> <p>B. Riconoscere la centralità del ruolo dei professionisti, garantendo finalità etiche, civili e tecnico-professionali del servizio, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie.</p> <p>C. Promuovere la partecipazione, la trasparenza e la codecisione, valorizzando il contributo dei professionisti, delle associazioni dei cittadini e dei governi dei territori nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute.</p> <p>D. Promuovere un livello avanzato di integrazione tra servizi sanitari e quelli sociali</p>	<p>A. La nuova idea di governo clinico riconosce la centralità delle competenze e conoscenze dei professionisti, ponendoli al centro delle organizzazioni sanitarie, orientate non al puro controllo dei costi, ma a risultati di salute.</p> <p>B. La sostenibilità del SSN passa per la valorizzazione, l'autonomia e la responsabilità dei suoi professionisti, con un diverso valore anche salariale e modelli organizzativi che riportino i professionisti a decidere sugli aspetti clinici.</p> <p>C. Superamento di un modello assistenziale a favore di interventi finalizzati al riconoscimento del «domicilio» quale primo luogo di cura, nonché della comunità di appartenenza.</p>	<p>A. Il nuovo modello di governance ovvero una "Governance a cerchi concentrici" (Azienda – Territorio e CTSS – Regione), introduce meccanismi vincolanti di partecipazione, trasparenza, codecisione e valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e della cittadinanza.</p> <p>B. Metodologia di assistenza: domiciliarità – residenzialità – ospedalità.</p> <p>C. Riconoscimento della specificità della dirigenza medica e sanitaria realizzata attraverso istituti strategici (organizzazione del lavoro, flessibilità, nuova architettura e sviluppo di carriera, libera professione, ridefinizione dell'integrazione tra SSN e Università).</p>

TAVOLA N. 2 – FRAMEWORK DELLA PROPOSTA ANAAO

In tale ambito, le politiche da implementare si fondano su tre pilastri fondamentali: la salute, intesa come tutela e promozione del benessere complessivo; la partecipazione, quale coinvolgimento attivo dell'individuo nella vita sociale; e la sicurezza, come garanzia di condizioni di vita dignitose e protette.

Le principali metodologie assistenziali si articolano nei modelli della domiciliarità, della residenzialità e dell'ospedalità, da integrare in modo sinergico all'interno di un sistema centrato sulla persona. In tale quadro, la sfida consiste nel favorire un invecchiamento di qualità all'interno di una società in continua trasformazione, e il Servizio sanitario nazionale è chiamato ad assicurare in via generale, l'accesso a prestazioni di elevata qualità, garantendo che le cure siano erogate sulla base delle più avanzate evidenze scientifiche e mediante l'impiego delle tecnologie più appropriate, al fine di conseguire i migliori livelli di efficacia e sicurezza.

Un'analoga impostazione dovrebbe essere adottata nell'ambito della salute mentale, in coerenza con il Piano Nazionale per la Salute Mentale e con la Carta dei diritti del paziente psichiatrico. Il settore sanitario, infatti, non è in grado di rispondere in modo esaustivo, ai bisogni connessi alla promozione della salute mentale e alla prevenzione dei disturbi psichici, rendendo necessaria un'integrazione strutturata con la rete dei servizi sanitari, sociali ed educativi, sia formali che informali. I percorsi di cura devono pertanto essere realizzati congiuntamente dai servizi specialistici (Dsm e servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza) e dall'insieme degli attori territoriali.

### 3 IL DECRETO MINISTERIALE 2 APRILE 2015, N. 70

**“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”**

Nel corso dell'ultimo decennio sono stati adottati due provvedimenti normativi (decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 e decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77) (8), entrambi emanati in risposta a contesti straordinari ed emergenziali: il primo quale conseguenza della spending review, il secondo in attuazione della Missione 6 Salute del Pnrr. Tali interventi confermano un approccio caratterizzato da modifiche parziali e affrettate dell'impianto legislativo, orientate al perseguimento di obiettivi non sempre coerenti con la tutela della salute. Ne è derivata un'alterazione dell'assetto complessivo del sistema, intervenuta in assenza di un previo consolidamento di una visione strategica di lungo periodo e di un ampio consenso che al contrario aveva caratterizzato l'emanazione della 833 del 1978.

L'applicazione negli anni del Dm 70 ha mostrato limiti, storture e inadeguatezze che hanno contribuito, senza esserne la causa principale, all'indebolimento dell'assistenza ospedaliera e al peggioramento delle condizioni di lavoro, costituendo un elemento di strutturale fragilità reso evidente dalla crisi pandemica. A conferma, già nel 2021

era stato avviato un percorso di riforma che aveva prodotto una prima bozza mai arrivata a formalizzazione e nel 2023 era stato istituito dal Ministero della salute un tavolo tecnico sul Dm 70 e 77 con OOSS e rappresentanze ordinarie che non è giunto ad alcuna sintesi.

In particolare sull'applicazione del Dm 70, la crisi di capienza – siamo il paese con il più basso rapporto posti letto/1000 abitanti tra i paesi occidentali, pur sommando i PL pubblici e del privato accreditato - e l'eccesso di rigidità delle reti ospedaliere che la pandemia ha evidenziato con chiarezza, mettono in rilievo la forte necessità di incrementare la dotazione di posti letto e di aumentare l'elasticità ricettiva degli ospedali applicando un necessario principio di ridondanza.

È necessario potenziare alcune attività a sostegno della rete dell'emergenza, a partire dalle terapie intensive e dalle aree semintensive.

Alcuni nodi irrisolti richiedono scelte chiare e univoche: ruolo e funzioni dei piccoli ospedali, permanenza dei punti nascita sotto standard, declinazione delle reti cliniche, equilibrio tra i principi volumi/esiti e autosufficienza territoriale/prossimità.

Sarebbe opportuno riflettere sulle seguenti fattispecie:

- aumentare le possibilità di carriera dei professionisti recuperando i tagli in strutture complesse e semplici (11813 incarichi gestionali persi in totale);
- aumentare il numero dei posti letto (attualmente 3,1 per 1.000 abitanti) in linea con la media europea (5 per 1.000 abitanti), anche sfruttando gli ospedali di comunità per la degenza dei pazienti con patologie croniche al fine di ridurre le ospedalizzazioni per patologie non acute. A partire dalle UuOo a maggiore domanda assistenziale, come quelle di terapia intensiva, dove l'aumento tra il 2012 e il 2018 (da 8,2 a 8,6 per 100.000 abitanti), si è rivelato del tutto insufficiente e, soprattutto, non adeguato a rispondere rapidamente all'aumento delle necessità in caso di eventuale ripresa della pandemia. E dalle Regioni del Sud ancora lontane dallo standard;
- rendere omogenei i criteri di accreditamento legati al numero dei posti letto tra strutture pubbliche e private;
- aumentare la sicurezza degli operatori, visto che il tasso di incidenza di aggressione per gli operatori ospedalieri è pari a 9,3 per 10.000 contro un valore di 2 nei lavoratori delle industrie del settore privato (Fonte: Bureau of Labor Statistics). Istituire un presidio fisso delle Forze dell'Ordine presso il Pronto Soccorso, ove possibile, e introdurre telecamere di sorveglianza, almeno nelle sale di attesa del pronto soccorso;
- aggiornamento e flessibilità di applicazione dei parametri di popolazione la cui rigidità è stata la leva che ha prodotto la riduzione delle UOC e che se non modificata non consente alcun recupero e alcun adattamento alle evidenti differenze tra aree metropolitane ed aree a bassa densità abitative (zone interne e montane).

Peraltro “la scure dei tagli” alla sanità ormai quasi ventennale, non si è abbattuta solo su servizi, prestazioni e assistenza ospedaliera, ma anche sul personale apicale

del Ssn, impoverendo il sistema di importanti professionalità. Solo alcuni numeri come esempio: secondo i dati del Conto Annuale del Tesoro – elaborati dal Centro Studi dell'Anaa Assomed in un recentissimo studio - in Italia complessivamente dal 2013 al 2023 sono stati tagliati 1.424 Direzioni di Struttura Complessa, pari al 18,6% del totale. Se facciamo partire il confronto dal 2009, anno in cui il Servizio Sanitario Nazionale raggiunge il picco di medici dipendenti, il bilancio è ancora più pesante: in 14 anni sono scomparse 3.134 Direzioni di Strutture Complesse, pari a una riduzione del 33,5%. Le Direzioni delle strutture semplici, sono diminuite passando da 15.585 nel 2013 a 8.866 nel 2023, con una riduzione del 43%, pari a una riduzione di ben 6.719 direzioni di Struttura Semplice. In alcuni casi, dai tagli sono nati i cosiddetti Direttori di Struttura Complessa “a scavalco”, chiamati a dirigere più unità operative, spesso collocate in presidi diversi con la conseguenza di una ridotta presenza in ciascuna unità, responsabilità frammentate e un indebolimento complessivo della leadership clinica. Inoltre, a questo quadro si somma il dilagare delle Facoltà di Medicina che “colonizzano” progressivamente le reti ospedaliere delle Aziende Sanitarie diffondendo il “veleno” delle clinicizzazioni, che ha portato diversi reparti a essere affidati a Direttori di area universitaria anziché ospedaliera, sottraendo di fatto ulteriori opportunità di crescita ai dirigenti ospedalieri, senza migliorare gli esiti clinici. La pesante riduzione delle direzioni di Strutture Complesse, dettata da esigenze di risparmio, non rappresenta soltanto un'ulteriore mortificazione per la categoria ma ha ricadute profonde sull'intera organizzazione ospedaliera.

#### 4 IL DECRETO MINISTERIALE 23 MAGGIO 2022, N. 77

**“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.**

**La riforma della sanità** territoriale da sempre – giustamente – invocata come necessaria, ma mai realizzata, è stata indirettamente innescata dalla Mission6 del Pnrr e affidata in sua applicazione al Dm 77 (9). Questo obiettivo alla vigilia della sua verifica e scadenza, - giugno 2026 – è ben lontano dall'essere completato e divenire realmente operativo. Il Report Agenas sul monitoraggio del Dm 77, aggiornato al 31 dicembre 2025 evidenzia la seguente realtà: la riorganizzazione dell'assistenza territoriale definita dal decreto prevede la realizzazione di 1.715 Case della Comunità (CdC), 657 Centrali Operative Territoriali (Cot) e 594 Ospedali di Comunità (OdC). Di queste strutture, le risorse del Pnrr finanziavano inizialmente 1.350 CdC, 600 Cot e 400 OdC. Nel novembre 2023 i target sono stati rivisti al ribasso: le CdC si sono ridotte a 1.038, le Cot a 480 e gli OdC a 307. In altri termini le risorse del Pnrr coprono solo una parte delle strutture programmate per la piena attuazione della riforma dell'assistenza territoriale. Anche dove tutti i servizi vengono di-

chiarati attivi le Case della Comunità restano, nei fatti, “scatole vuote”: senza personale sanitario non possono funzionare. L'unico obiettivo che risulta già pienamente conseguito è l'attivazione su tutte le Regioni delle centrali operative territoriali. Come evidenziato da Gimbe nel commento sul Report Agenas “*A soli tre mesi dalla rendicontazione finale della Missione Salute del Pnrr l'obiettivo di rendere Case e Ospedali di Comunità “pienamente funzionanti”, requisito indispensabile per raggiungere i target, resta ancora molto lontano, con avanzamenti lenti e inaccettabili disequaglianze regionali. Pesano i ritardi strutturali, l'attivazione parziale dei servizi e la carenza di personale sanitario, in particolare infermieristico; per le Case della Comunità anche il ritardo nel coinvolgimento dei medici di famiglia, figura chiave dell'assistenza territoriale*”. È possibile pertanto sintetizzare punti critici e proposte. In particolare:

- identificare il necessario ruolo e correlate funzioni dei dirigenti medici negli Ospedali di comunità (personale dipendente, internista o geriatra o di discipline necessarie all'assistenza), per garantire un link con la rete ospedaliera;
- garantire la collaborazione con gli specialisti ospedalieri anche mediante teleconsulto in tutti i luoghi di cura del sistema, dotando tutti i punti della rete di dispositivi tecnologici e telematici di monitoraggio e diagnosi in grado di trasmettere dati ed immagini alle strutture ospedaliere per tele-visite e tele consulti dei pazienti;
- attivare il necessario ammodernamento infrastrutturale e tecnologico, (il 60% delle strutture ospedaliere ha più di 40 anni e la metà è di dimensioni troppo piccole, con conseguenti problemi di sicurezza e di scarsa efficienza per pazienti e operatori);
- garantire continuità assistenziale e integrazione attiva tra servizi sanitari e sociali, attualmente profondamente divisi dal punto di vista del finanziamento e del funzionamento;
- unificare punto di accesso (PUA) sanitario e sociale;
- implementare la telemedicina nelle Case e Ospedali di Comunità;
- ricollocare le cure domiciliari e la residenzialità all'interno del sistema salute, sotto la governance del Ssn, senza relegarle completamente alle autonomie non omogeneamente disciplinate del settore privato;
- potenziare le attività dei consultori familiari (prevedendo la figura dell'ostetrica di comunità) e integrarle con le case di comunità nel percorso verso il punto nascita ospedaliero;
- garantire il finanziamento dei costi di parte corrente indotti dalla riforma e non coperti dal Pnrr, e promuovere una condivisione di obiettivi e strumenti tra tutti gli attori del sistema per dare corso al modello dei servizi territoriali in rete che il Dm 77/2022 si propone di attuare;

- definire il coordinamento tra reti di prossimità, reti domiciliari e reti semi residenziali.;
- garantire il reperimento del personale medico e infermieristico necessario per gli Ospedali di Comunità; garantire continuità dei percorsi di cura ospedale-territorio e di reale presa in carico dei bisogni di salute delle persone.

*“In tutti i casi la questione della riorganizzazione delle cure primarie e della medicina di base, nonché la ridefinizione del ruolo e del profilo del medico di medicina generale, sono due aspetti topici e strategici di una riforma del Ssn che ormai, più che necessaria, appare ineludibile.”* (Fausto Nicolini - Politiche sanitarie 2024).

L'Agenas evidenzia la necessità di transitare dalla “architettura delle strutture all’architettura concreta delle relazioni, dei processi e delle decisioni”, per realizzare la “prossimità in presa in carico reale” trasformando la pluralità delle competenze in responsabilità comune, la prossimità in continuità assistenziale, la co-presenza in lavoro integrato” (Fonte: “Bozza di linee di indirizzo tecniche sulle équipes multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità – Agenas aprile 2026). Senza considerare peraltro che la vera sfida del triennio 2027-2029 sarà garantire l’operatività a regime di strutture e piattaforme costruite con fondi europei straordinari, finanziandone il funzionamento ordinario con risorse del Ssn (Fonte – Documento di Finanza Pubblica 2026 approvato dal Consiglio dei ministri il 22 aprile).

5

## CONCLUSIONI

**Dalla sintetica disamina** dei provvedimenti adottati, o in via di adozione, da numerosi governi e da diverse maggioranze, emerge la persistente tendenza a proporre interventi parziali, privi di una visione di lungo periodo. Si oscilla, infatti, tra soluzioni emergenziali, assimilabili alle “grida manzoniane”, e misure di rigido razionamento, perdendo di vista sia il riferimento ai principi costituzionali sia la centralità dei diritti sociali.

Il tavolo tecnico istituito dal Ministero della Salute (aprile 2026) a supporto della definizione dei decreti attuativi della legge delega appare sotto più profili insoddisfacente sia per la composizione stessa del tavolo (costituito da rappresentanti dei medesimi organismi — Ministero, Istituto Superiore di Sanità e Agenas — che hanno già contribuito alla redazione della legge delega), sia perché il mandato attribuito a tale organismo replica attività già avviate in precedenza. Già nel luglio 2023, infatti, il Ministero aveva istituito un altro tavolo tecnico sulla revisione del Dm 70/2015 e del Dm 77/2022, composto da un ampio numero di esperti, senza che nei tre anni successivi si sia giunti alla produzione di risultati concreti. La cronica incapacità o non volontà di adottare gli atti necessari ad un reale rafforzamento e rilancio del Servizio sanitario nazionale è parte determinante della sua crisi che si manifesta non tanto in eventi improvvisi, quanto piuttosto in una forma di progressivo logoramento.

Prova ne sia la mancata stesura di un nuovo Piano Sanitario Nazionale (l’ultimo approvato risale al triennio 2006-2008). Da quel momento la programmazione sanitaria è avvenuta tramite Patti per la Salute e leggi di bilancio. Peraltro l’ultimo Patto per la Salute approvato nel dicembre 2019, per il triennio 2019-2021, è stato prorogato fino all’adozione di un nuovo documento di programmazione sanitaria (art. 4 comma 7-bis Decreto legge 29/12/2022,

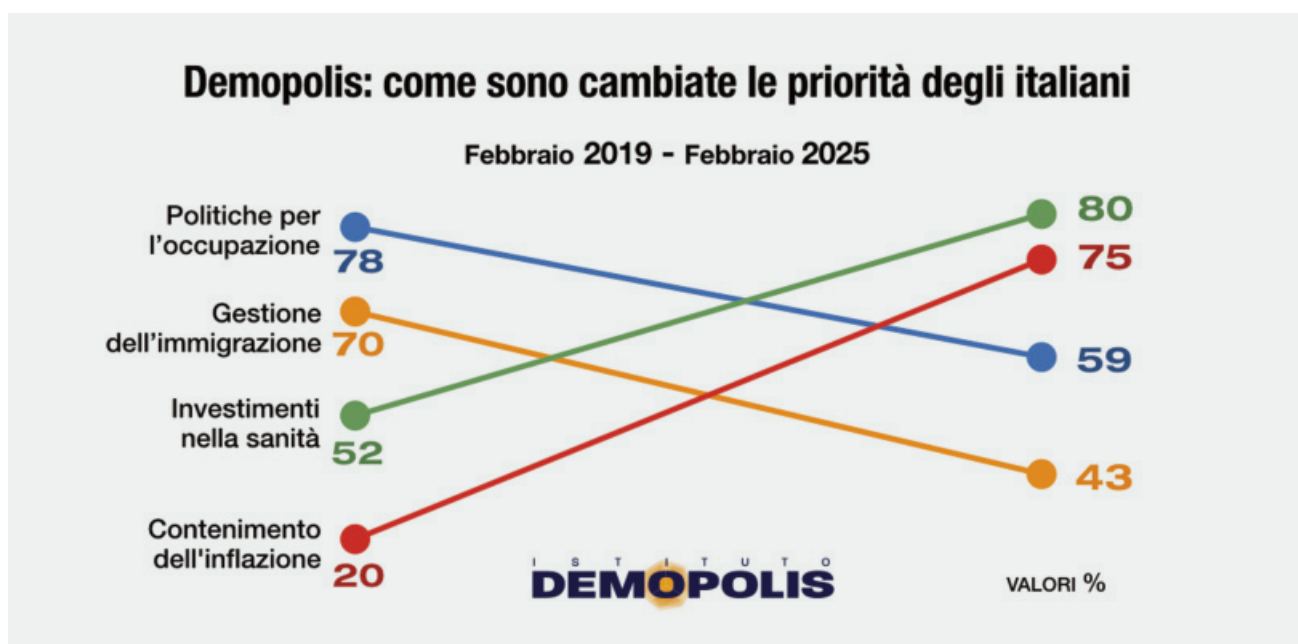


TAVOLA N. 3 – ISTITUTO DEMOPOLIS – LE PRIORITÀ DEGLI ITALIANI

n. 198 convertito in legge 24 febbraio 2023, n. 14). Il governo della sanità affidato a provvedimenti parziali ed emergenziali risponde esclusivamente a logiche di bilancio. Ruolo importante nell'attuale crisi del Servizio Sanitario Nazionale è attribuibile allo "stallo della sempre annunciata transizione istituzionale e organizzativa del Ssn verso un sistema integrato sociale e sanitario centrato sulla assistenza territoriale che avrebbe potuto rispondere più adeguatamente sia ai nuovi rischi di cronicità, multi-morbosità e disabilità sia alle esigenze di contenimento della spesa" (cfr. F. Taroni, *Un sistema sanitario in bilico. Continuerà a volare il Calabrone?* 2025).

Si tratta, in definitiva, di una crisi strutturale le cui cause includono proprio quell'inerzia decisionale di cui il disegno di legge delega costituisce una chiara manifestazione.

È evidente il contrasto e la distanza con le priorità degli italiani che, come rilevato dall'Istituto Demopolis (Tavola n. 3) e da numerose altre indagini indicano come necessaria la tutela della salute, con la richiesta di investimenti nel Servizio Sanitario Nazionale.

Risulta, con tutta evidenza, carente un'elaborazione ampia e approfondita che coinvolga attivamente cittadini e professionisti in un percorso condiviso di ridefinizione dei modelli organizzativi e delle priorità della comunità nazionale.

Parimenti, si avverte l'assenza di un autentico lavoro politico che, analogamente a quanto avvenuto in occasione dell'approvazione della legge n. 833, promuova un confronto pubblico fondato su chiarezza e trasparenza, e sappia conseguire un consenso parlamentare ampio, se non unanime.

## SITOGRAFIA

- (1) LEGGE 23 dicembre 1978 n. 833  
Istituzione del servizio sanitario nazionale



- (2) Corte Costituzionale - sentenza 275 del 16 dicembre 2016 È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione



- (3) Corte Costituzionale - sentenza n. 195/2024  
Prima di tagliare la sanità devono essere ridotte le altre spese indistinte



- (4) Delega riorganizzazione e potenziamento assistenza sanitaria



# LA RIFORMA DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

## Oltre la colpa

A cura di **FILIPPO MARIA LARUSSA, SIMONA BONACCORSO, FEDERICO CIPRIANI, GIOVANNI MARIA SEVERINI, ANNA TOMEZZOLI**

### 1 INTRODUZIONE

**Parlare oggi** di responsabilità professionale significa interrogarsi sulla tenuta del patto sociale che lega la professione medica allo Stato e ai cittadini. Il Servizio Sanitario Nazionale vive infatti un paradosso profondo: da un lato l'eccellenza di una scienza medica sempre più precisa, sostenuta da tecnologie avanzate e da un approccio multidisciplinare; dall'altro la fragilità di un sistema che fatica a tradurre tale progresso in risposte concrete, tempestive e accessibili. Questo scollamento crescente alimenta frustrazione e risentimento, incrina la fiducia e trasforma ogni decisione clinica in un atto esposto a valutazione, ogni evento avverso in un potenziale contenzioso. In questo scenario la responsabilità professionale diventa il punto di equilibrio, sempre più instabile, tra il diritto alla cura e il diritto a curare; se il medico rimane l'unico terminale di aspettative sociali che il sistema non riesce a sostenere, la sua responsabilità diviene un onere eccessivo e ingiusto. Affrontare il tema richiede uno sguardo più ampio dei soli confini giuridici della colpa: significa proteggere l'atto medico da una deriva che trasforma l'alleanza terapeutica in terreno di diffidenza e significa riconoscere che la sicurezza del paziente e la dignità del professionista sono due facce della stessa medaglia.

### 2 LA SURVEY DEL CENTRO STUDI ANAAO ASSOMED

Il **10 giugno 2025**, durante il Convegno organizzato dall'Anaa "Ma che colpa abbiamo noi?" (1) sono stati presentati i dati della survey condotta dal Centro Studi dell'Anaa Assomed (2) su un campione rappresentativo di camici bianchi, che nel corso della loro carriera hanno dovuto affrontare almeno una denuncia per cause riconducibili alla professione. Analizzando i numeri emerge una situazione critica, segno di un rapporto medico-paziente deteriorato. Le contrapposizioni tra pazienti e professionisti sanitari sono altresì testimoniate dal cre-

scente fenomeno delle aggressioni al personale sanitario. I dati della Relazione 2025 dell'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio sanitarie (3) ci informano che nel 2025 sono state segnalate quasi diciottomila aggressioni (17.956), a livello nazionale, che hanno coinvolto oltre ventitremila operatori (23.367). Nonostante l'evoluzione normativa con la Legge 14 agosto 2020, n. 113 (4), il fenomeno non si è attenuato in modo significativo e Anaa, sul punto, ha richiesto al legislatore di elevare a rango di legge la Raccomandazione n. 8 del Ministero della Salute originariamente emanata nel 2007 e successivamente aggiornata a novembre 2025 (5). Le prospettive di riforma indicano la necessità di un approccio strutturale e culturale, capace di valorizzare la funzione sociale della professione medica all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

### 3 L'ESERCENTE LA PROFESSIONE SANITARIA: "LA SECONDA VITTIMA"

**Nell'attività sanitaria** il rischio non è un incidente marginale, ma una componente strutturale del prendersi cura. Non può essere trattato come un pericolo da evitare attraverso pratiche difensive, ma va riconosciuto, compreso e gestito con consapevolezza, attraverso correttivi organizzativi e culturali che permettano di ottimizzare gli esiti e minimizzare le complicanze potenziali. Una gestione matura del rischio ha come naturale implicazione il sostegno di chi è chiamato a curare, riconoscendo che il professionista affronta quotidianamente situazioni complesse, spesso in condizioni operative difficili e affermando che la sicurezza non è un atto individuale, ma un processo collettivo. La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 art. 1, comma 538 (6) stabilisce che la prevenzione e la gestione del rischio sanitario sono interessi primari del Ssn; l'obiettivo è tutelare il paziente e migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, ponendo le basi per il risk management strutturato. La Legge 8 marzo 2017, n. 24

(7) compie un passo ulteriore: non si limita a disciplinare la responsabilità del singolo professionista, ma definisce la sicurezza delle cure come un diritto del cittadino e, allo stesso tempo, come un dovere condiviso da tutto il sistema. In questa cornice nasce e si colloca il fenomeno della “seconda vittima” ovvero il professionista che, dopo un evento avverso, porta su di sé il peso emotivo, psicologico e professionale dell'accaduto. Non parliamo di fragilità individuale, ma dell'effetto di una *vulnerabilità sistemica* che attraversa l'organizzazione e si concentra sulla persona che ha agito. Le conseguenze sono profonde: il benessere del professionista si incrina, aumenta il rischio di un “second hit”, si altera la capacità di giudizio, si riduce la fiducia nella propria competenza e nell'organizzazione. Si comprende come la gestione del rischio non può essere ridotta a un adempimento burocratico né a un supporto episodico al singolo operatore. Richiede un cambiamento culturale e organizzativo che passa attraverso processi chiari, responsabilità distribuite, ascolto strutturato, revisione dei percorsi, promozione di una cultura della fiducia e non della colpa. La cura degli operatori sanitari diventa parte integrante delle strategie di risk management, promuovendo interventi strutturati e integrati nei processi organizzativi, perché la “cura di chi cura” è strettamente legata alla sicurezza del paziente. Alcune realtà hanno già intrapreso questa strada. L'ASST di Lecco, ad esempio, ha sviluppato un modello integrato di gestione della qualità e del rischio, riconosciuto come esperienza di eccellenza (P. Goretti, E. Fogliato, Convegno AnaaO “Il professionista sanitario, la seconda vittima all'interno del contenzioso”, Roma, 25 marzo 2026) (8). È la dimostrazione che un'organizzazione che si prende cura dei propri professionisti costruisce, allo stesso tempo, un sistema più sicuro e più giusto.

#### 4 IL "FILO ROSSO" DELLE RIFORME: IL DIRITTO ALLA CURA E IL DIRITTO A CURARE

Governare questa realtà significa tutelare “il diritto alla cura e il diritto a curare” per noi principio guida e cardine imprescindibile

La **pandemia** da SARS-CoV-2 ha avuto, provocatoriamente, il merito di portare alla luce i limiti della disciplina penale vigente e di imporre il tema all'attenzione dell'opinione pubblica e del decisore politico. Infatti in quel quadro di criticità si colloca la nascita del cosiddetto “*scudo penale*”, espressione impropria, in quanto rischia di suggerire l'idea di un ingiustificato privilegio volto a tutelare soggetti altrimenti indifendibili. Tale interpretazione non corrisponde alla reale natura dell'istituto, preferiamo per questo parlare di scudo a una medicina difensiva. Restituire serenità al professionista è garanzia di un diritto alla cura e un diritto a curare, perché ribadisce ancora una volta il ruolo e la specificità della dirigenza medica e sanitaria, calibrando la straordinarietà dell'impegno e la natura del compito sociale affidato dalla Costituzione ovvero la tutela della salute, compito, ribadiamo, implicante rischi che si annidano molto spesso sul versante ge-

stionale e organizzativo.

Con il Decreto Legge 1° aprile 2021, n. 44, art. 3-bis (9) convertito in Legge 28 maggio 2021, n. 76, e il successivo Decreto Legge 30 dicembre 2023, n. 215, convertito in Legge 23 febbraio 2024, n. 18 art. 4, commi 8-septies e 8 octies (10), si avvia una stagione di interventi legislativi mossi dalla volontà di circoscrivere la responsabilità penale degli operatori sanitari alle sole ipotesi di colpa grave e si introduce contestualmente una clausola definitiva degli indici di valutazione della colpa grave per la quale, pur continuando a richiamare l'esistenza di linee guida, si prevede di tenere conto di fattori contestuali anche di carattere organizzativo e di eventuali profili emergenziali. Viene così promosso un principio di buon senso: non è giustificabile che il professionista operante all'interno di una struttura organizzata debba rispondere penalmente per disfunzioni organizzative che non può direttamente governare e che riflettono, più in generale, le criticità del sistema sanitario. Questo filo rosso che attraversa le riforme si ritrova quale criterio predominante nelle iniziative parlamentari bipartisan.

Il 13 aprile 2023 è stata insediata formalmente la Commissione di Studio istituita con Decreto del Ministro della Giustizia Carlo Nordio, presieduta dal magistrato Adelchi D'Ippolito. La Commissione ha lavorato per individuare un equilibrio tra la piena tutela del paziente e la serenità del medico, tenendo conto dell'unicità del ruolo del medico “*la cui opera insiste per forza di cose sull'incolumità del corpo e della persona*”. Le conclusioni hanno confermato la necessità di limitare la responsabilità penale ai soli casi di colpa grave, evidenziando la complessità delle linee guida e la difficoltà strutturale nella loro elaborazione e produzione; altro punto centrale ha riguardato la necessità di intervenire sul numero eccessivo di denunce presentate nei confronti dei medici, esitate solo per il 5% in una condanna ma causa di lesiva esposizione mediatica, di costi economici rilevanti, di compromissione della reputazione e incrinatura del rapporto fiduciario con i pazienti. Il percorso prosegue con Disegno di Legge in materia di riforma delle professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale, approvato dal Consiglio dei Ministri il 4 settembre 2025, ora all'esame della XII Commissione (Affari Sociali) della Camera dei Deputati (AC2700) (11). L'obiettivo è rendere *strutturale e permanente* la limitazione della responsabilità penale per gli esercenti le professioni sa-



nitarie ai soli casi di colpa grave, confermare la distinzione tra la responsabilità contrattuale della struttura e la responsabilità extracontrattuale del professionista, introdurre il nuovo articolo 590 septies, che impone al giudice una valutazione “contestualizzata” della condotta ovvero attraverso l’analisi delle risorse umane e materiali disponibili, delle carenze organizzative, della complessità della patologia o della prestazione clinica, della mancanza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche, delle condizioni di urgenza-emergenza. Il nuovo scudo non incide sul versante civile e deontologico della responsabilità, di fronte alle quali l’operatore sanitario continua a rispondere, ma rafforza la tutela del medico consolidando un modello orientato alla sicurezza delle cure, alla gestione responsabile del rischio. Per questo sono state respinte alcune proposte che miravano a spostare il centro di imputazione della responsabilità direttamente sul medico, emendamento “Biancofiore” - 69.o.25 alla Manovra di Bilancio per il 2026, dichiarato inammissibile (12).

Infine, il Decreto legge 24 febbraio 2026, n. 23, convertito in Legge 24 aprile 2026, n. 54 (cosiddetto “decreto sicurezza”) (13), inserisce una modifica all’articolo 335 c.p.p., eliminando in presenza di cause non codificate, l’iscrizione automatica nel registro degli indagati sostituendola con una annotazione preliminare, in separato modello, del nome della persona cui è attribuito il fatto medesimo. Un passo importante per evitare quel meccanismo mediatico che trasforma un *atto di garanzia in una sorta di condanna anticipata*.

5

### I LIMITI APPLICATIVI DELLA LEGGE 8 MARZO 2017, N. 24

La Legge 24 del 2017, rappresenta un passo avanti verso una sanità più responsabile e sicura, ma, negli anni, ha presentato numerosi limiti applicativi e rischi di squilibri tra le parti coinvolte:

*Molteplici profili di responsabilità:* la coesistenza di diversi regimi di responsabilità penale, civile (contrattuale/extracontrattuale), amministrativo, disciplinare, ordinistico genera una frammentazione giurisprudenziale che grava sull’esercente come incertezza del diritto.

*Peso del «Doppio Binario»:* il dirigente sanitario sconta una disparità di trattamento rispetto al pubblico impiego. L’aggregabilità simultanea presso la Corte dei Conti e in sede di rivalsa civile configura un eccesso di esposizione patrimoniale.

*Incertezze applicative dell’articolo 13:* l’obbligo di comunicazione, nato per garantire il diritto di difesa, sconta gravi difficoltà attuative perché la difficoltà prioritaria nell’individuare i destinatari genera spesso un coinvolgimento indiscriminato e ipertrofico del personale, vanificando la *ratio* protettiva della norma.

*Inefficienze assicurative:* La disomogeneità tra polizze e «misure analoghe», la disciplina differenziata tra medici dipendenti e liberi professionisti, unitamente a clausole di manleva che traslano l’allocazione del rischio dalla struttura al professionista, creano disparità operative e riducono le tutele previste dal legislatore.

6

### GLI ASPETTI ASSICURATIVI

La pubblicazione nel marzo 2024 del Decreto Ministeriale (Ministero delle Imprese e del Made in Italy) 15 dicembre 2023 n. 232 (14) segna un passaggio decisivo nell’attuazione della Legge Gelli - Bianco. Dopo anni di attesa, il sistema sanitario dispone finalmente di un quadro chiaro e uniforme sui requisiti minimi delle polizze assicurative che devono essere adottate sia dalle strutture sanitarie pubbliche e private, sia dagli esercenti la professione sanitaria. Il decreto interviene con la definizione di un impianto organico, in particolare: sulla *scelta di fissare massimali minimi obbligatori*, differenziati per tipologia di struttura e per profilo professionale; sulla *disciplina del modello claims made*, completa della previsione di una retroattività obbligatoria di dieci anni e di una ultrattività decennale in caso di cessazione dell’attività professionale; sul *tema della variazione del premio assicurativo e del diritto di recesso* dell’assicuratore, introducendo un sistema di adeguamento basato sull’andamento dei sinistri, con l’*obbligo di trasparenza* imponendo la pubblicazione degli estremi delle coperture assicurative; sulla possibilità per le strutture sanitarie di *assumere direttamente il rischio* attraverso un fondo dedicato per il quale vengono imposti requisiti stringenti, prevedendo fondi adeguati, riserve sinistri, obblighi di rendicontazione e competenze specialistiche in medicina legale, gestione sinistri e risk management.

I decreti attuativi del marzo 2024 non rappresentano un semplice adempimento normativo, ma la traduzione operativa del principio etico che attraversa l’intera Legge 24; essi valorizzano la responsabilità organizzativa, riconoscono la complessità del lavoro sanitario e ribadiscono che tutela del paziente e tutela del professionista sono parti dello stesso progetto di qualità. In questo senso completano un disegno culturale, offrendo strumenti chiari, uniformi e verificabili a un impianto legislativo che necessitava di coerenza applicativa.

Il Bollettino statistico dell’Ivass, pubblicato nel marzo 2026 (15), ci ricorda come nel 2024 il mercato delle coperture assicurative per la responsabilità civile sanitaria mostri segnali di tenuta ma anche di tensioni crescenti sul fronte dei costi e della sostenibilità. Il settore assicurativo pur mantenendo un equilibrio tecnico si trova a fare i conti da un lato con l’aumento dei costi dei sinistri e la lentezza delle liquidazioni, dall’altro, col progressivo spostamento verso forme di auto-gestione del rischio che ridisegna i confini stessi del mercato assicurativo. Le strutture pubbliche ricorrono sempre più frequentemente a forme di auto-ritenzione del rischio, cioè scelgono di coprire internamente i danni invece di trasferirli alle assicurazioni. Gli accantonamenti destinati a questo scopo hanno raggiunto livelli molto elevati, superando ampiamente i premi assicurativi versati. Parallelamente, il numero di strutture pubbliche assicurate si è drasticamente ridotto nell’ultimo decennio. Una trasformazione che appare destinata a proseguire e che pone interrogativi non solo sulla sostenibilità economica del sistema, ma anche sul ruolo futuro delle assicurazioni in ambiti, come quello sanitario, dove il rischio è sempre più difficile da prevedere e da gestire.

## 7 PRIME APPLICAZIONI DELLA NUOVA DISCIPLINA IN MATERIA DI RIVALSA

Con la conclusione della fase transitoria, la Legge Gelli è oggi pienamente operativa, ma resta da chiarire il rapporto con la più recente Legge 7 gennaio 2026, n. 1 (cosiddetta “riforma Foti”) (16), che ridefinisce la responsabilità amministrativa dell’intera pubblica amministrazione introducendo criteri e limiti diversi con inevitabili sovrapposizioni per i professionisti sanitari. Il nodo è immediatamente pratico: stabilire se ai sanitari si applichi la disciplina speciale della Gelli o quella generale, e in parte più favorevole, della Foti. La questione è ora all’esame della Corte Costituzionale. Un primo indirizzo applicativo proviene dalla Corte dei Conti Lombardia che, con la pronuncia del 13 aprile 2026 (17), estende al settore sanitario il nuovo limite del danno erariale introdotto dalla “riforma Foti”. La Corte afferma che il tetto del 30% del danno accertato, e comunque entro e non oltre il duplum della retribuzione lorda annua, ha natura generale e prevale sul limite più elevato previsto dalla Gelli Bianco. Ne deriva che la colpa grave sanitaria resta pienamente valutabile sul piano qualitativo, mentre sul piano quantitativo l’esposizione economica viene ricondotta entro confini più ragionevoli e uniformi, coerenti con la tutela della funzione pubblica e con l’esigenza di non gravare i sanitari di un onere sproporzionato.

## 8 LA RESPONSABILITÀ DEONTOLOGICA ORDINISTICA E DISCIPLINARE

L’attuale “aggressione giudiziaria” costringe il medico a rispondere dinanzi a una pluralità di tribunali, in un sistema di giustizia multipolare che ne frammenta la difesa. Abbiamo scelto, in questa sede, di ricondurre l’attenzione sulla responsabilità ordinistica e disciplinare per sottrarle dall’ombra del contenzioso civile e penale, molto più discussi e dibattuti.

La responsabilità deontologica del medico affonda le sue radici nel Codice deontologico, che rappresenta la traduzione operativa dei principi etici che sorreggono la professione. Il Codice impegna il medico a tutelare salute, dignità e indipendenza e lo accompagna anche oltre il perimetro clinico. La sua violazione, anche se frutto di ignoranza, costituisce illecito e il medico ha il dovere di opporsi a qualunque pressione che lo induca ad agire contro i principi etici. La competenza disciplinare segue la logica dell’appartenenza all’Albo, ma prevede eccezioni per evitare conflitti di interesse.

Le sanzioni disciplinari sono graduate dall’avvertimento alla censura, dalla sospensione alla radiazione, cui si aggiunge l’interdizione temporanea prevista per chi agevoli l’esercizio abusivo della professione. La radiazione, un tempo automatica per alcuni reati, oggi richiede sempre una motivazione e un percorso valutativo completo. Anche dopo la radiazione, il medico può essere riscritto trascorsi cinque anni e ottenuta la riabilitazione. In questo quadro, la responsabilità deontologica non è solo un sistema san-

zionatorio, è concepita come strumento di garanzia per la collettività e per la professione, un richiamo costante alla coerenza etica che fa da cornice all’agire del medico. Accanto alla responsabilità ordinistica, la dirigenza sanitaria è chiamata a rispondere anche rispetto alla responsabilità disciplinare, che riguarda la violazione degli obblighi di comportamento, all’interno dell’Ente di appartenenza, previsti dal Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e richiamati nel Ccnl: «La responsabilità disciplinare attiene alla violazione degli obblighi di comportamento e resta distinta dalla responsabilità dirigenziale» (art. 46, co. 2 Ccnl 2019-2021). Gli obblighi sono numerosi e dettagliati. Tra i principali: diligenza, fedeltà, correttezza. Il ventaglio delle sanzioni è graduato secondo i principi di proporzionalità e gradualità dal rimprovero verbale, censura scritta, fino al licenziamento. Il procedimento è rigidamente regolato dall’art. 55 D.Lgs. 165 del 2001.

La questione oggi rilevante per la dirigenza sanitaria è l’autonomia che governa il rapporto tra procedimento disciplinare e quello penale, secondo il principio cardine dell’autonomia dei giudizi: «Il procedimento disciplinare... è proseguito e concluso anche in pendenza del procedimento penale» (art. 55 - ter). Ciò significa che l’esito del processo penale non determina né limita automaticamente la valutazione disciplinare. L’assoluzione in sede penale, infatti, non impedisce il licenziamento disciplinare quando il fatto contestato attiene a obblighi contrattuali o deontologici, perché il disciplinare tutela l’interesse pubblico e giudica la condotta del dirigente, non l’esito clinico né la tipicità del reato.

Mentre il procedimento ordinistico è rimasto più subordinato alla pregiudiziale penale, in una logica di maggiore deferenza verso il giudice penale, la responsabilità disciplinare ha superato questa subordinazione attraverso le riforme susseguitesi nel tempo, definendo che la pubblica amministrazione non è più spettatrice, ma soggetto attivo chiamato a tutelare tempestivamente la propria credibilità e l’interesse pubblico, senza attendere i tempi, lunghi e incerti, del processo penale. Ne deriva un sistema a binari paralleli con due procedimenti, due logiche, due verità: il penale accerta dolo, colpa grave, nesso causale e tipicità del reato; il disciplinare valuta la condotta del dirigente rispetto a obblighi di diligenza, tempestività, vigilanza, presenza in servizio, correttezza organizzativa e deontologica. Il nodo più delicato resta la distinzione tra coincidenza del fatto materiale e diversità degli addebiti.

È qui che l’autonomia dei giudizi si manifesta con maggiore chiarezza; percorsi giuridici che si sfiorano, talvolta si incrociano, ma non si annullano mai. Nel mezzo ci sono i dirigenti medici e sanitari, chiamati a rispondere non solo del risultato clinico, ma della qualità della propria condotta professionale, una responsabilità che resta valutabile anche quando il diritto penale tace.

## 9 LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

Gli specializzandi incarnano il punto più vulnerabile del sistema sanitario: formalmente “*medici in formazione specialistica*”, ma nella pratica pienamente coinvolti nell’attività assistenziale. La normativa prevede tutoraggio costante e vieta che sostituiscano il personale di ruolo, ma questo rimane spesso un principio disatteso. La Legge 24 del 2017 li inserisce nel regime generale della responsabilità sanitaria; la recente giurisprudenza (Corte dei Conti Liguria n. 55/2023, confermata in appello dalla Sezione Prima centrale n. 139/2025) (18) afferma che lo status di specializzando non è uno scudo; come parte dell’*équipe* il medico in formazione deve compiere i controlli esigibili in base al proprio livello formativo. La questione politico-sindacale non è la negazione della responsabilità individuale, bensì il contesto reale in cui quella responsabilità si esercita e quindi tener conto dei riposi non garantiti, tutoraggio debole o assente, autonomia ambigua usata per coprire carenze strutturali. Ancora una volta occorre andare *oltre la colpa* ovvero riconoscere che la responsabilità del medico in formazione specialistica non può essere valutata isolatamente, ma dentro un’organizzazione molto più complessa per la quale servono riforme strutturali adeguate e coerenti.

## 10 ALTRE RIFLESSIONI CON UNO SGUARDO ALL'EUROPA

Le proposte di riforma oggi in discussione rappresentano solo l’inizio di un percorso che dovrà diventare più ampio e sistemico. Un primo intervento riguarda la ridefinizione della *decorrenza della prescrizione* nei reati di omicidio e lesioni in ambito sanitario, ancorandola non più alla percezione del danno, che può emergere anche molti anni dopo, ma al momento dell’azione o omissione penalmente rilevante, così da garantire coerenza tra condotta e punibilità. Un secondo ambito riguarda l’introduzione di nuovi *indicatori per valutare il grado di colpa*, tenendo conto delle reali condizioni operative in cui il professionista ha agito, insieme a un uso più coerente dell’istituto del “*non luogo a procedere*” quando mancano elementi per prevedere una condanna.

Uno sguardo europeo e fino ai Paesi extraeuropei mostra modelli che superano il preconcetto della colpa e adottano sistemi di responsabilità “no fault” fondati sulla prevenzione e sulla gestione del rischio clinico. Parliamo ad esempio della Nuova Zelanda, Svezia e Francia, dove il paziente può ottenere un indennizzo senza dimostrare la colpa del medico. L’attenzione si sposta così dal comportamento del singolo al pregiudizio subito, con procedure più rapide, minore conflittualità e riduzione delle spese processuali. Questi modelli coniugano tutela del paziente e serenità dei professionisti, riducono la medicina difensiva e promuovono una cultura della sicurezza che non nega l’errore, ma lo interpreta come occasione di apprendimento organizzativo.

## 11 CONCLUSIONI

La responsabilità professionale del medico, così come oggi normata, dispone di strumenti concettuali adeguati a riconoscere la specificità dell’agire clinico, la complessità decisionale, le carenze organizzative e le eventuali condizioni emergenziali. Nonostante ciò essa continua ad essere incardinata in un impianto valutativo che interpreta l’errore prevalentemente attraverso la lente della colpa individuale, senza integrare in modo coerente e compiuta la dimensione sistemica e organizzativa che concorre alla genesi dell’evento avverso. Questo approccio, oltre a essere inadeguato rispetto alla natura complessa e articolata della scienza medica e dell’atto medico, non ha centrato il punto più rilevante della questione: migliorare la sicurezza delle cure, rafforzare la qualità dei percorsi assistenziali, rendere libero e sereno il giudizio clinico, rinsaldare la fiducia tra professionisti, istituzioni e cittadini.

L’esperienza maturata e le evidenze qui richiamate mostrano che oggi non occorre un’ulteriore stratificazione normativa, serve invece un investimento culturale ed economico che sia in grado di sostenere un cambio di paradigma ovvero riconoscere che la responsabilità professionale non è del singolo ma del sistema, riportare al centro il giudizio clinico, la relazione di cura, la qualità assistenziale, la capacità dei sistemi sanitari di apprendere dagli eventi avversi per crescere. Significa abbandonare la cultura della colpa, che oggi divora la medicina italiana, rimettendo al centro del dibattito il valore del medico; significa investire in percorsi di gestione del rischio clinico in maniera reale, verificabile e capillare nel nostro Paese. Solo un modello maturo e moderno che integra cura, fiducia e responsabilità può garantire un equilibrio sostenibile e un approccio coerente, perché la responsabilità professionale del medico sia presidio di qualità e di giustizia, non un meccanismo pregiudizievole e punitivo. In quest’ottica la sicurezza delle cure diventerebbe davvero lo strumento finalizzato al bene comune, non un terreno di conflitto dove si alimentano un clima di insicurezza globale e un inevitabile circolo di consumismo sanitario. (19)



Queste le parole del segretario nazionale **Pierino Di Silverio** a chiusura del convegno sulla responsabilità professionale tenutosi a Roma nel giugno 2025: “*Una riforma sulla responsabilità è e deve essere un atto di civiltà. Un atto di civiltà per i cittadini ancor prima che per i medici, un atto di civiltà perché venga onorato il diritto alla salute così come è imposto dalla nostra Costituzione*”

## SITOGRAFIA

- (1) Ma che colpa abbiamo noi? Relazioni, foto, video del convegno sulla responsabilità professionale



- (7) Responsabilità professionale e sicurezza delle cure. La legge pubblicata in Gazzetta Ufficiale.



- (12) Manovra. Anaa0 e Cimo-Fesmed: «Vergognoso l'emendamento su responsabilità professionali sanitari»



- (17) Corte dei Conti Lombardia - sentenza n. 64/2026 Danno neurologico subito da una neonata a causa del ritardo nel parto cesareo



- (2) Survey Anaa0 Assomed



- (8) Il professionista sanitario, la seconda vittima del contenzioso.



- (13) Decreto - legge 24 febbraio 2026 n. 23 Decreto sicurezza



- (18) Corte dei Conti - Sezione I app. - sentenza n. 139/2025 Responsabilità erariale dello specializzando inserito nell'equipe



- (3) La Relazione 2025 dell'Osservatorio Nazionale



- (9) LEGGE 28 maggio 2021 n. 76 Contenimento epidemia da COVID-19



- (14) Min. Imprese e Made in Italy - decreto 232/2023 Requisiti per le polizze assicurative per le strutture e gli esercenti la professione sanitaria



- (19) La responsabilità professionale del medico imprigionata nel sistema della colpa. Quotidianosanità.it



- 4) LEGGE 14 agosto 2020 n. 113 Sicurezza professioni socio-sanitarie



- (10) LEGGE n. 18/2024 (conversione D.L. 215/2023) Milleproroghe 2024



- (15) Ivass: il Bollettino n. 3



- (5) La Relazione 2025 dell'Osservatorio Nazionale



- (11) Delega professioni sanitarie: Anaa0 in audizione alla Camera



- (16) LEGGE 7 gennaio 2026 n. 1 Funzioni della Corte dei conti e responsabilità amministrativa



- (6) LEGGE 28 dicembre 2015 n. 208 Legge di stabilità 2016



# IL PRESENTE E IL FUTURO DELLA FORMAZIONE DEI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI

A cura di **GIAMMARIA LIUZZI, SILVIA DE TOMASO, FRANCESCO FELETTI, GIUSEPPE FORNARINI, LORENZO GIRAUDO, FRANCESCO LEONFORTE, GIAN MARCO PETRIANNI, MARIA CRISTINA SANGIOVANNI**

**La formazione** degli specialisti del futuro non è un tema settoriale, né un capitolo tecnico riservato agli addetti ai lavori.

È una questione politica, sindacale e costituzionale, perché dalla qualità della formazione medica dipendono la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale, l'attrattiva del lavoro pubblico, la sicurezza delle cure e la possibilità stessa di garantire, in modo uniforme sul territorio nazionale, il diritto alla salute sancito dalla Costituzione. Parlare di formazione medica e sanitaria significa, quindi, scegliere quale sanità vogliamo consegnare al Paese nei prossimi anni: una sanità capace di programmare, attrarre e trattenere competenze, oppure un sistema costretto a rincorrere emergenze continue, scaricando sui giovani professionisti le proprie insufficienze organizzative.

## OGGI IL SISTEMA FORMATIVO ITALIANO VIVE UNA CONTRADDIZIONE EVIDENTE.

Il dibattito pubblico si è concentrato in questi ultimi mesi quasi esclusivamente sul numero degli ingressi a Medicina, sull'abolizione del test e sull'allargamento della platea degli studenti, mentre resta irrisolto il vero nodo strutturale: come formiamo gli specialisti del domani, dove li formiamo, con quali diritti, con quali tutele, con quale qualità didattica e assistenziale e con quale coerenza rispetto ai fabbisogni reali.

La riforma dell'accesso a Medicina rischia di essere una risposta apparente a un problema complesso. Spostare la selezione in avanti non significa abolirla: significa, incredibilmente, renderla più lunga, più costosa, più diseguale e più gravosa per studenti e famiglie. Non basta aumentare gli iscritti se poi non si costruisce una filiera formativa sostenibile, equa, programmata e realmente capace di accompagnare lo studente dal primo anno di università fino alla piena maturità professionale e poter erogare salute in modo efficiente ed efficace.

La programmazione degli ingressi alla facoltà di medicina è fondamentale: non basta contare algebricamente quanti medici entreranno nel sistema nei prossimi anni senza chiedersi quali competenze avranno acquisito, in quali contesti saranno stati formati, con quali tutor, con quali carichi assistenziali, con quale esposizione alla pra-

tica clinica e con quale protezione da dinamiche di sfruttamento o di precarizzazione. La quantità, senza una rigorosa programmazione, non risolve la crisi del Ssn: rischia soltanto di spostarla più avanti nel tempo ed addirittura peggiorarla, con un ingente spreco di denaro pubblico e con medici costretti ad emigrare all'estero.

Il tema della formazione specialistica medica e sanitaria, in particolare, rappresenta oggi uno dei punti più fragili dell'intero sistema.

Le scuole di specializzazione non possono essere considerate semplicemente contenitori amministrativi di contratti finanziati dallo Stato centrale; devono diventare (finalmente) luoghi reali di apprendimento, responsabilizzazione progressiva, integrazione tra università ed il mondo ospedaliero, verifica delle competenze e tutela dei diritti dei medici in formazione.

Troppo spesso, invece, le specializzande e gli specializzandi vengono trattati in modo ambiguo, al limite dell'illegalità: da un lato sono ancora formalmente in formazione, dall'altro sono chiamati a sostenere attività sempre più rilevanti dell'attività assistenziale in maniera ripetitiva, demansionante e soprattutto poco formativa. Questa ambiguità produce distorsioni profonde: quando la formazione non è adeguatamente attuata e supervisionata, il rischio è che il medico in formazione diventi una risorsa lavorativa a basso costo, utilizzata per tamponare carenze organizzative anziché per crescere professionalmente in un percorso strutturato e coerente e diventare uno specialista qualificato.

Il punto non è negare il valore dell'attività assistenziale durante la specializzazione: al contrario, la pratica clinica è essenziale. Ma deve essere attività pratica formativa, supervisionata, progressiva, coerente con gli obiettivi della scuola e mai sostitutiva dello specialista di ruolo.

## È QUI CHE LA QUESTIONE DIVENTA PIENAMENTE SINDACALE.

Parlare di formazione significa parlare di diritti, di orari, di sicurezza, di responsabilità, di coperture assicurative, di retribuzione, di maternità, di malattia, di riposi, di turni, di accesso alla didattica, di qualità del tutoraggio e di possibilità effettiva di denunciare criticità senza subire ri-

torsioni. Non esiste buona formazione senza dignità lavorativa, formativa e retributiva. E non esiste dignità del lavoro se il medico in formazione viene collocato in una zona grigia, utile quando serve al sistema ma marginale quando rivendica tutele e diritti.

Allo stesso tempo, la formazione degli specialisti è una questione politica perché riguarda la salute erogata ai nostri genitori, ai nostri figli ed a noi stessi. Non possiamo continuare a ragionare per emergenze successive e sequenziali: prima la carenza di medici, poi la carenza di specialisti, poi la fuga dagli ospedali, poi i concorsi deserti, poi l'abbandono di alcune discipline considerate meno attrattive. Tutti questi fenomeni sono collegati. Se alcune scuole non vengono scelte, se alcune specialità restano scoperte, se molti giovani medici guardano al privato, all'estero o ad altri percorsi professionali, il problema non è la mancanza di vocazione. Il problema è che il sistema non è più percepito come credibile, equo e capace di offrire futuro.

La vera sfida, dunque, non è soltanto formare più medici, ma formare meglio, programmare meglio e trattene-re meglio il futuro specialista nel Ssn. Serve una visione complessiva che metta insieme università, ospedali, Professori e dirigenti medici e sanitari. La formazione non può essere separata dall'organizzazione del Ssn: deve essere una leva strategica.

Per questo il futuro passa dal contratto di formazione-lavoro, incardinato nel perimetro del CCNL, con diritti, doveri, retribuzione adeguata, contribuzione piena e responsabilità progressive.

La formazione teorica deve restare competenza dell'Università mentre la formazione pratica deve svolgersi in una rete ampia, pubblica, accreditata e rigorosamente controllata, composta da strutture sanitarie realmente capaci di formare. Non più reti costruite solo sulla geografia accademica, favoritismi e piaceri incrociati, ma reti formative fondate sui volumi, sulla qualità, sulla casistica, sulla presenza di tutor, sulla certificazione delle competenze. Il rapporto tra università e servizio sanitario deve diventare finalmente adulto: non conflitto sterile, non subordinazione reciproca, ma alleanza istituzionale fondata su ruoli chiari, responsabilità verificabili, trasparenza nella valutazione e obiettivi comuni.

Lo stesso principio vale per tutta la dirigenza sanitaria: questi professionisti sono parte strutturale della sanità moderna. Diagnostica avanzata, medicina di laboratorio, microbiologia, genetica, fisica sanitaria, farmacia ospedaliera, psicologia clinica e sanità pubblica dimostrano ogni giorno che la cura è un lavoro multiprofessionale. Una riforma della formazione che guardi solo al medico clinico sarebbe già vecchia. Serve una visione unitaria della dirigenza sanitaria, capace di valorizzare competenze diverse dentro una comune responsabilità pubblica e dare finalmente una dignità retributiva a questi professionisti in formazione, dignità bloccata da lungaggini burocratiche.

Per questo serve un nuovo patto formativo nazionale. Un patto che definisca standard minimi reali e verificabili, che rafforzi i controlli sull'accreditamento delle scuole, che renda trasparenti gli esiti formativi, che valorizzi il ruolo dei tutor, che ascolti sistematicamente la voce degli specializzandi e che impedisca alle sedi formative ina-

deguate di continuare a operare come se nulla fosse. L'accreditamento non può essere un adempimento formale: deve essere una garanzia sostanziale per chi si forma e per i cittadini che domani saranno curati da quei professionisti. Servono indicatori pubblici, verifiche periodiche, questionari realmente utilizzati, conseguenze concrete per chi non rispetta gli standard e meccanismi di protezione per chi segnala criticità.

La qualità della formazione, infatti, non riguarda solo i medici ed i sanitari. Riguarda i pazienti. Un sistema che forma male produce insicurezza clinica, disomogeneità, sfiducia, medicina difensiva, demotivazione e impoverimento professionale.

Al contrario, un sistema che forma bene costruisce competenze, responsabilità, autonomia, capacità critica e appartenenza al servizio pubblico.

Occorre quindi superare l'idea che la riforma della formazione medica possa essere affrontata con interventi frammentari o con slogan quantitativi o peggio ancora con scontro Università - Sindacato. In questo senso, la formazione degli specialisti del futuro è uno dei terreni decisivi su cui si misurerà la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale. Se continueremo a considerarla un tema secondario, pagheremo il prezzo di un sistema sempre più fragile, diseguale e incapace di rispondere ai bisogni reali della popolazione. Se invece avremo il coraggio di metterla al centro dell'agenda politica e sindacale, potremo costruire un modello più giusto, più moderno e più coerente con la missione pubblica della sanità.

#### LA VISION DI ANAAO ASSOMED È CHIARA

Più formazione, ma soprattutto migliore formazione; più diritti, ma anche più responsabilità; più integrazione tra Università e Mondo Ospedaliero, ma con regole trasparenti e meritocratiche; più programmazione, ma fondata sui bisogni reali dei territori e non su equilibri accademici o interessi particolari e soggettivi. Da questa scelta dipenderà non solo il futuro dei giovani medici e sanitari, ma la qualità concreta del diritto alla salute nei prossimi decenni. Una scelta netta e necessaria.



## INIZIATIVA OSPEDALIERA

LA RIVISTA  
DELL'ANAAO  
ASSOMED

Supplemento a  
**Dirigenza Medica** 6/2026  
Il mensile dell'Anaa Assomed

---

### Anaa Assomed

Sede di Roma:  
Via San Martino della Battaglia, 31  
Tel. 06.4245741  
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:  
via Domenico Scarlatti, 27

[dirigenza.medica@anaao.it](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

---

### Direttore

Pierino Di Silverio

---

### Direttore responsabile

Silvia Procaccini

---

### Comitato di redazione:

Adriano Benazzato  
Simona Bonaccorso  
Flavio Civitelli  
Fabiana Faiella  
Alessandro Grimaldi  
Domenico Iscaro  
Filippo Larussa  
Giammaria Liuzzi  
Giosafatte Pallotta  
Chiara Rivetti  
Elena Silvagni  
Alberto Spanò  
Emanuele Stramignoni  
Anna Tomezzoli  
Bruno Zuccarelli

---

### Coordinamento redazionale

Ester Maragò

---

### Progetto grafico e impaginazione

Giancarlo D'Orsi

---

### Editore

Homnya srl  
Sede legale:  
Via della Stelletta, 23  
00186 Roma  
email: [info@homnya.com](mailto:info@homnya.com)

---

### Ufficio Commerciale

[info@homnya.com](mailto:info@homnya.com)  
Tel. +39 06 45209 715

---

### Stampa

Idealgraf, Città di Castello (Pg)

Registrazione al Tribunale  
di Milano n. 182/2002  
del 25.3.2002. Anno XXV

Diritto alla riservatezza:  
"Dirigenza Medica" garantisce  
la massima riservatezza dei dati  
forniti dagli abbonati nel rispetto  
della legge 675/96

Finito di stampare  
nel mese di giugno 2026

# INIZIATIVA OSPEDALIERA

LA RIVISTA  
DELL'ANAAO  
ASSOMED