Numero 6 - 2024

d!rigenza medica

7 **Stati generali della formazione**
La survey Anaao sulla formazione specialistica

10 **Stati generali della formazione**
I risultati dei tavoli tecnici

11 **Liste d'attesa**
Un decreto con luci e ombre

Il mensile dell'Anaao Assomed

ANAAO ASSOMED
1959 2024

Dirigenza Medica - Il mensile dell'Anaao Assomed - Anno XXIII - n. 6 - 2024 - www.anaao.it

Stati Generali della Formazione specialistica dei medici e dei sanitari

LA FORMAZIONE *che vogliamo*

La piattaforma programmatica Anaao per la riforma della formazione specialistica

ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED

Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI DEL PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

PACCHETTO SICUREZZA ANAAO

Pat Carra per l'Anaao Assomed

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

d!rigenza medica

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
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
SICS S.r.l.
Società Italiana di Comunicazione Scientifica e Sanitaria

Sede legale:
Via Giacomo Peroni, 400
00131 Roma

Sede operativa:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@sicseditore.it

Ufficio Commerciale
SICS - info@sicseditore.it
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)

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

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 2024

Stati Generali della Formazione specialistica dei medici e dei sanitari

Formazione medica e sanitaria post laurea

UN'EMERGENZA NAZIONALE

È preoccupato il Segretario Nazionale Anaao Assomed Pierino Di Silverio, la formazione medica post laurea in Italia è a un bivio. Da un lato, la carenza di personale medico e sanitario, acutizzata dalla pandemia di Covid-19, rischia di mettere in ginocchio il nostro Ssn. Dall'altro, l'aumento esponenziale delle immatricolazioni alle facoltà di medicina e chirurgia, senza un adeguato incremento dei posti di specializzazione, rischia di creare un esercito di medici senza futuro.

"Il sistema è in affanno le Università, con il loro monopolio sulla formazione specialistica, non riescono a garantire una formazione di qualità all'intera generazione di futuri specialisti.

Il sistema attuale
è basato su un inquadramento anacronistico: i medici in formazione sono considerati studenti e non lavoratori, con tutte le conseguenze negative in termini di tutele, retribuzioni e diritti.

Serve quindi una svolta epocale, per questo l'Anaao Assomed propone una riforma strutturale radicale del sistema di formazione medica post laurea in 7 punti. Una riforma ambiziosa, ma necessaria per garantire un futuro al nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Solo con una formazione di qualità e un sistema di reclutamento efficiente potremo avere i medici e sanitari di cui il nostro Paese ha assoluto bisogno".

Ecco la Piattaforma programmatica Anaao Assomed

Per la riforma della formazione specialistica medica e sanitaria

Il timore di non ricevere cure adeguate da parte del Ssn rappresenta attualmente, secondo molteplici analisi e robusti studi, una delle principali preoccupazioni dei cittadini italiani, ed è diventato un tema politico di primaria importanza per l'agenda governativa, nazionale e regionale. La carenza di personale medico e sanitario nelle corsie ospedaliere, presente da anni ed emersa con forza durante la pandemia Covid-19, rischia di dare il colpo di grazia al Servizio Sanitario Nazionale. Il fenomeno nasce certo dalla progressione della gobba demografica, che vede nei nostri ospedali la popolazione medica più vecchia del mondo nel secondo paese più vecchio del mondo, ma anche da una crisi vocazionale della professione medica legata alle condizioni di lavoro, allo stato giuridico, al livello retributivo.

Per contrastare questa "tempesta perfetta", il numero dei contratti di formazione specialistica finanziati dallo Stato per il prossimo quadriennio è stato portato a 12mila l'anno. Tale iniziativa, se da un lato comporterà un innesto di giovani professionisti in un mondo del lavoro sempre più in difficoltà, nel breve e medio periodo ha contribuito all'instaurarsi di "un imbuto lavorativo asimmetrico", dovuto alla mancata assegnazione di decine di migliaia di contratti di formazione nel triennio 2021-2023. Le specializzazioni strettamente correlate con l'attività assistenziale ospedaliera, prima tra tutte la medicina d'emergenza–urgenza mostrano uno scarso appeal (ma come ci si può iscrivere ad una Scuola di Specializzazione in medicina di Urgenza senza PS?) Al contrario di quelle caratterizzate da lavoro ambulatoriale e prospettive di attività privata.
Inoltre, il poderoso e sconsiderato aumento degli ingressi a medicina (100mila nuove immatricolazioni nelle facoltà di medicina e chirurgia) rischia di creare, senza urgenti e dovuti accorgimenti e una reale programmazione dei fabbisogni, dopo oltre 50 anni, nuovamente la cosiddetta "pletora medica", vale a dire un esercito di laureati in medicina cui non si potrà , per ragioni economiche e organizzative, garantire formazione post-laurea e occupazione, condannandoli al precariato lavorativo e alla emigrazione transfrontaliera. Con l'aumento delle immatricolazioni e dei contratti di formazione specialistica la capacità formativa delle Università non riesce a garantire una formazione di qualità ad una intera generazione di specialisti del domani, cui spetterà tutelare la salute di 60 milioni di italiani.
Mentre in pressoché tutti gli Stati Europei i medici specializzandi sono integrati e, spesso, dipendenti dei servizi sanitari nazionali, in Italia sono un ibrido tra studenti e lavoratori, una figura assai difficile da inquadrare nell'ottica di diritti e doveri, un "giano bifronte" anacronistico che non regge al passo dei tempi. L'Italia è l'unico Paese europeo nel quale la galassia Università ha il totale monopolio della formazione specialistica medica e sanitaria, la cui qualità, a detta degli stessi specializzandi in una recente survey Anaao con oltre 2milapartecipanti, è spesso insufficiente e, quando confrontata con quella delle strutture del Ssn, nettamente inferiore.
La struttura legislativa che regola la formazione degli specialisti del domani è incardinata in un decreto dello scorso millennio (Dlgs 368/1999) che considera il medico e il sanitario in formazione più uno studente, titolare di un contratto di formazione para subordinato, che un professionista laureato e abilitato. Tale inquadramento, che non ha subito importanti aggiornamenti normativi fino al cosiddetto Decreto Calabria (Dlgs 145/ 2018, commi 547, 548 e 548-bis), rappresenta *un unicum* nel panorama legislativo europeo, ponendo il professionista in un limbo normativo anche in termini di responsabilità professionale in merito agli atti compiuti.
L'essere considerato "studente" comporta problematiche in tre ambiti:

Stati Generali della Formazione specialistica dei medici e dei sanitari

1. Ambito Retributivo: la borsa di studio, percepita solo dai medici in formazione e non dai sanitari, creando una gigantesca disparità di trattamento che lo stesso Ministro Schillaci ha dichiarato in Senato necessario eliminare, non dà diritto all'indicizzazione correlata all'inflazione. Attualmente, gli specializzandi percepiscono 1.652 euro al mese su 12 mensilità nel primo biennio e 1.711€ nei successivi due o tre anni, ridotti a circa 1.300 euro dalle uscite obbligatorie correlate alla loro attività professionale (Assicurazione RC Colpa Grave, Tasse Universitarie, Iscrizione Ordine dei Medici e Pagamento Quota A Enpam). Tale retribuzione ha subito, negli ultimi 15 anni, una perdita di potere di acquisto del 34,2%, non garantendo il normale sostentamento, soprattutto in quelle città dove il costo della vita è elevato.

2. Ambito Formativo: l'inquadramento "spurio" non garantisce una corretta e limpida certezza in termini di competenze e conseguenze degli atti medici che quotidianamente compiono i medici specializzandi, soprattutto nelle situazioni in cui si ritrovano senza la presenza di un tutor. La Suprema Corte di Cassazione (sentenza 26311/2019) è chiara: *"[…] secondo la giurisprudenza penale di questa Corte, il medico specializzando non è presente nella struttu-*

ra per la sola formazione professionale, né lo specializzando può essere considerato un mero esecutore d'ordini del tutore, anche se non gode di piena autonomia; si tratta di un'autonomia che non può essere disconosciuta, trattandosi di persone che hanno conseguito la laurea in medicina e chirurgia e, pur tuttavia, essendo in corso la formazione specialistica, l'attività non può che essere caratterizzata da limitati margini di autonomia svolta sotto le direttive del tutore".

3. Ambito Lavorativo: in considerazione dei bassi livelli retributivi, gli specializzandi ricorrono, quando non vengono obbligati a "lavorare" oltre l'orario consentito dalla legge, ad attività lavorative extra- formazione, a scapito del poco tempo a disposizione della vita privata. In un marasma normativo, arricchito negli ultimi 4 anni da molteplici interventi emergenziali, il medico specializzando può contare su diverse opzioni "per arrotondare", quali contratti co.co.co e libero professionali, contratti trimestrali nell'ambito della continuità assistenziale e per la raccolta di emocomponenti. Dall'altro lato, gli viene preclusa la possibilità di svolgere lavori in cui occorre la semplice laurea in medicina e chirurgia, come la attività di medico nelle RSA o di medico sociale nelle attività sportive e ludiche.

IL CONTRATTO DI LAVORO

1 Occorre, con urgenza, una riforma strutturale, le cui basi sono state poste, con risultati positivi, dal cosiddetto "Decreto Calabria", per passare dal vetusto ed anacronistico inquadramento di studenti a quello di professionisti in formazione–lavoro, cui siano garantite tutele assistenziali, previdenziali e assicurative. Si tratta, in sostanza, di anticipare l'ingresso nel mondo del lavoro attraverso un vero contratto di lavoro dipendente, a tempo determinato e a scopo formativo, incardinato nel Contratto Collettivo Nazionale (Ccnl) fin dal primo anno di formazione. Gli specializzandi hanno diritto a tutte le tutele dei lavoratori mentre oggi sono privi di diritti che da decenni rappresentano la spina dorsale del più elementare contratto di lavoro. Non si può, nel 2024, vedersi negate o ridimensionate tutele che, in un qualsiasi Paese industrializzato, rappresentano l'essenza di ogni inquadramento lavorativo. Occorrono regole chiare su tutto il territorio nazionale per ferie, malattie, orari di lavoro, riposi, congedi di paternità e maternità, congedi matrimoniali, congedi per lutti gravi, congedo per assistenza ad un parente con invalidità, congedo per malattia del figlio minore, congedo per sostenere concorsi pubblici, trasferimenti, ricongiungimenti familiari, periodi di formazione fuori rete formativa in Italia e all'estero. Il percorso di specializzazione si articolerebbe, come in tutte le realtà europee, attraverso la acquisizione progressiva di autonomia professionale fino al conseguimento del titolo di specialista, affiancata ad una rigorosa e minuziosa certificazione delle competenze.

Ma, occorre, anche, mutare il paradigma formativo, oggi polarizzato verso un insegnamento teorico, shiftando decisamente verso quell'insegnamento pratico che in medicina appare di importanza imprescindibile al fine di formare professionisti di qualità. Più in generale, poniamo la questione di un forte rinnovamento dei percorsi formativi, iniziando a ragionare su un modello che non può più essere quello tradizionale delle facoltà, insufficiente per logiche e dimensioni a far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico. Una discussione sui luoghi della didattica medica deve prendere in considerazione nuovi contenitori ove la preparazione teorica sia immediatamente embricata nella attività pratica con un rapporto docente-discente diretto e capillare e le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula. Ciò presuppone

una nuova organizzazione che riconosca il valore formativo del Ssn, dove diplomare, insieme all'università, i giovani specializzandi, lavoratori contrattualizzati e non più studenti.
Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza circoscritto, organizzando la sua presenza sia in strutture ospedaliere con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

L'OSPEDALE DI INSEGNAMENTO

2 **Il concetto di Learning Hospital** Le attività professionalizzanti pratiche non possono continuare a essere svolte in poche aziende ospedaliere, per lo più universitarie, attualmente individuate non attraverso parametri standardizzati sulla qualità e quantità di prestazioni erogate ma attraverso la soggettiva e inappellabile decisione dei consigli delle oltre 1.200 scuole di specializzazione. Esse devono invece essere svolte in ospedali di apprendimento, i cosiddetti *Learning hospital*, individuati dalle Regioni e dalle Province autonome, capaci di trasmettere competenze professionali insegnando il *'saper fare'* e il *'saper essere'* del medico di domani.
Attualmente, le 1.200 scuole di specializzazione italiane sono parti di altrettante reti formative, individuate non attraverso un parametro standardizzato in base alla quantità e qualità dei volumi assistenziali annualmente erogati ma dal Consiglio della scuola, che troppe volte segue regole di amicizia e simpatia. Molti ospedali di grandi dimensioni, con diversi reparti di eccellenza, non sono inseriti in alcuna rete formativa perché non hanno nel loro organico nessun medico universitario, privando medici e sanitari in formazione della possibilità di frequentare dirigenti medici in grado di effettuare una formazione eccellente al pari dei loro colleghi che lavorano in aziende ospedaliere universitarie. Il concetto di Learning Hospital è da decenni realtà in pressoché tutti gli altri stati europei: in essi i futuri specialisti, attraverso una rotazione che non viene loro imposta ma decisa in maniera collegiale in base alle competenze acquisite, non sono "ancorati" in pochi reparti ma hanno l'opportunità di impreziosire il loro curriculum di esperienze in tutti gli ambiti relativi alla loro specializzazione, con tutor che sono dirigenti medici e sanitari con almeno 5 anni di anzianità che subiscono una rigorosa valutazione annuale e triennale. La rete formativa deve rispondere alle reali necessità formative del Ssn e, quindi, il numero dei posti di specializzazione deve essere definito in base alle reali necessità del Paese e la durata dei corsi alla media europea e non in base alle esigenze interne delle Università, come spesso avviene.

L'attività didattica è una prerogativa del personale Ssn riconosciuta dalla legge (*Art. 6, comma 2, Dlgs 502/1992)* ma non appare regolamentata, formalizzata, riconosciuta e soprattutto retribuita. Se per il personale universitario l'attività di ricerca, didattica e assistenza è indissolubilmente legata, non si vede il perché non possa essere così per gli ospedalieri, anche se in proporzioni diverse. Fin dal 1984, l'Anaao ritiene *"che sia l'ospedale la naturale sede per realizzare i percorsi di specializzazione e di tirocinio propedeutico. Noi riteniamo che l'ospedale debba essere il fulcro specialistico del sistema sanitario, con un proficuo rapporto con la medicina di base e con i presidi territoriali di accesso, nel quadro di un equilibrato rapporto con l'università che non penalizzi la componente ospedaliera".* Se questa impostazione fosse stata accolta "l'imparare facendo" avrebbe assunto un ruolo importante nel curriculum formativo del medico. Già la riforma ospedaliera del 1968 affermava che *"gli ospedali contribuiscono alla formazione professionale del personale sanitario e tecnico",* posizione ripresa dalla Legge 833 istitutiva del Ssn. Successivi provvedimenti legislativi in tal senso sono stati, però, colpevolmente, disattesi.

TUTORAGGIO

3 Se il medico in formazione al primo anno di specialità è ancora privo di autonomia, dal secondo potrà effettuare attività di base e attività specialistiche, sempre tutorate, fino ad arrivare nella fase finale a compiere atti e procedure cliniche in prima persona, con un tutor sempre disponibile in caso di bisogno e necessità.
In questo nuovo sistema formativo il tutor, non necessariamente un universitario ma anche un dirigente medico con almeno 5 anni di anzianità, rappresenta una figura fondamentale. Oggi, troppo spesso, il tutor è presente solo sulla

Stati Generali della Formazione specialistica dei medici e dei sanitari

carta, senza alcun potere decisionale sulla formazione del giovane medico, ostaggio del volere del Direttore della Scuola di Specializzazione. Nel quadro riformativo proposto il tutor sarebbe titolare di una specifica funzione formativa, retribuita con una apposita voce stipendiale e valutata dagli stessi specializzandi e dal Direttore di Struttura ogni 3 anni, con possibilità di revoca dell'incarico.

COMPETENZE CHIARE E CERTIFICATE TELEMATICAMENTE

4 Lo specializzando deve conoscere in maniera precisa e puntuale tutte le attività pratiche che deve apprendere durante il percorso di formazione che lo porterà a diventare specialista. Il D.lgs. 402 / 2017 descrive le attività pratiche – professionalizzanti che ogni specializzando deve compiere ma, in troppe realtà universitarie, questo piano formativo resta solo su carta. Spesso lo specializzando è utilizzato come tappabuchi nei reparti delle Aziende Ospedaliere Universitarie, costretto a svolgere attività demansionanti e ripetitive, con la nefasta conseguenza di avere medici e sanitari in burnout che si dimettono dalla loro scuola di specializzazione per riprovare l'annuale concorso o, peggio ancora, per emigrare con ingente perdita economica dell'investimento formativo. Occorre un percorso formativo in cui lo specializzando periodicamente autocertifica le attività svolte mediante un libretto nazionale standardizzato e certificato dai tutor ospedalieri di riferimento, con automatico passaggio d'anno di corso al conseguimento di determinati cut-off e standard, fino allo svolgimento di tutte le attività previste dalla normativa. Una riforma strutturale deve prevedere anche il passaggio della gestione e certificazione della formazione specialistica pratica dal Ministero dell'università e della Ricerca al Ministero della Salute, con rilascio del titolo da parte delle Università le quali continuerebbero ad offrire la formazione teorica partecipando al capillare controllo della qualità della formazione pratica erogata. L'iter formativo deve prevedere anche la possibilità di formazione all'estero, con una borsa di studio ad hoc della durata massima di 12 mesi, prolungabile, a scelta del medico, fino a 18 mesi, in regime di aspettativa. Inoltre, nel primo biennio, dovrà essere obbligatoria una formazione sulle urgenze emergenze attraverso tirocini nei PS e corsi di Bls-d, ALS e PTC.

FORMAZIONE TEORICA CONTINUA

5 Uno specialista in ambito medico e sanitario non può non avere una formazione teorica di qualità, in un mondo in cui l'intelligenza artificiale sta iniziando a svolgere un ruolo di comprimaria importanza richiedendo che i processi vengano gestiti e non subiti. L'esperienza della pandemia COVID ha dimostrato che la formazione teorica a distanza rappresenta un *plus* di non poca importanza. Pertanto il medico e sanitario in formazione-lavoro deve partecipare alle lezioni teoriche dall'interno del *Learning hospital* il più possibile in modalità telematica, sotto l'egida della scuola di specializzazione alla quale paga le annuali tasse, senza alcuna votazione di fine corso o passaggio anno ma con la dicotomica valutazione certificato - non certificato.

Stati Generali della Formazione specialistica dei medici e dei sanitari

RETRIBUZIONE CRESCENTE IN BASE ALLE COMPETENZE ACQUISITE

6 Il medico e sanitario in formazione specialistica non può continuare a percepire una retribuzione di entità così ridotta e mai indicizzata all'inflazione. Occorre prevedere un sistema retributivo crescente, in cui gli specializzandi del primo anno ricevano una retribuzione base (ps. Uguale a quella attuale) con incremento dopo ogni passaggio d'anno fino ad arrivare, all'ultimo anno, a un livello di poco inferiore a quella del dirigente medico specialista del Ssn. Mantenendo la possibilità di svolgere durante il suo percorso tutte quelle attività correlate con la sua specializzazione, anche per eradicare il fenomeno dei gettonisti che, da recenti analisi della Corte dei Conti, è costato negli ultimi anni 1,7 miliardi di euro.

CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE MINUZIOSA E IN TEMPO REALE

7 Attualmente, la verifica delle qualità formativa spetta all'osservatorio Nazionale della Formazione medico specialistica e alla rete regionale degli Osservatori Regionali. Tale sistema presenta numerose criticità: l'osservatorio Nazionale è composto da rappresentanti del mondo universitario in maggioranza assoluta, con solo 3 rappresentanti degli specializzandi sui 15 componenti, con la totale assenza di rappresentanti delle migliaia di tutor, anche ospedalieri. Inoltre, molti Osservatori regionali risultano non attivati da anni e l'Osservatorio Nazionale non è insediato da settembre 2023, con pressoché inesistente valutazione della qualità formativa delle scuole di specializzazione attraverso gli annuali accreditamenti e le rarissime site visits, in caso di evidenti problematiche e criticità. In tale contesto, gli oltre 60mila specializzandi medici e sanitari non

Segue a pagina 16

La survey Anaao sulla formazione specialistica

SPECIALIZZANDI

Il sondaggio Anaao presentato agli Stati Generali della Formazione Specialistica svela le condizioni precarie degli specializzandi medici e dirigenti sanitari in Italia: in servizio prestano fino a 50 ore a settimana e il 97% chiede una riforma del sistema formativo

SFRUTTATI SOTTOPAGATI CON UNA FORMAZIONE CARENTE

Il nuovo sondaggio condotto nel mese di aprile 2024 su un campione statisticamente significativo di specializzandi italiani sia medici che dirigenti sanitari (biologi, chimici, fisici, psicologi, farmacisti) ha messo in luce una realtà sconcertante: la loro condizione lavorativa e formativa è ben lontana da standard accettabili.
I motivi principali emersi dal sondaggio degli **specializzandi medici**.

Sfruttamento lavorativo

Il 50% degli specializzandi denuncia di subire orari di lavoro non rispettati, con frequenti superamenti delle 38 ore settimanali previste dal contratto.
I turni notturni sono la norma per il 60% degli intervistati, spesso senza adeguati periodi di riposo.
Nonostante il lavoro extra, solo il 26% degli specializzandi dichiara di lavorare 38 ore settimanali, mentre per circa il 30% la settimana lavorativa supera le 50 ore.

Formazione carente

Soltanto il 10% degli specializzandi afferma di svolgere tutte le attività previste dal programma formativo.
La qualità della formazione è spesso inadeguata, con il 20% degli intervistati che dichiara di non seguire un programma formativo definito.

Stipendi bassi e tasse universitarie alle stelle

Gli specializzandi pagano tasse universitarie annuali tra i 1.500 e i 2.500 euro, cifre che superano addirittura i 3mila euro in un caso su 10. Nonostante i contributi onerosi, non ricevono un vero stipendio, ma solo una borsa di studio che, nella migliore delle ipotesi, equivale a circa uno stipendio e mezzo. A tutto questo si aggiunge la mancanza di un contratto di formazione.

Diritti negati

Il 50% degli specializzandi denuncia di non vedersi riconosciuti i sei giorni di assenza giustificata previsti dalla legge. Anche le ferie sono spesso un miraggio: gli specializzandi si vedono costretti a organizzare le ferie con i colleghi per non creare disagi al servizio.

Un sistema da riformare

L'80% degli specializzandi si sente un tappabuchi sfruttato dall'università, anziché un medico in formazione.
Il 97% degli intervistati vede nel c.d decreto Calabria un'opportunità per migliorare la propria situazione, grazie alla possibilità di partecipare a concorsi aperti. Il 90% degli specializzandi ritiene che la formazione pratica debba svolgersi in ospedale, dove possono acquisire le competenze necessarie sul campo. Infatti ben il 99% degli specializzandi auspica una riforma del sistema formativo che ponga fine al monopolio dell'università e apra le porte al learning by doing, come negli altri paesi europei, direttamente negli Ospedali. "Il sondaggio – commenta **Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale Anaao Assomed** – evidenzia la necessità di un intervento urgente per migliorare le condizioni degli specializzandi in Italia. Serve un nuovo modello, come quello proposto da Anaao, più moderno, equo e rispettoso dei loro diritti, che valorizzi il loro ruolo fondamentale nel sistema sanitario nazionale. Solo così si potrà garantire un future migliore alla nostra sanità". "È emerso chiaramente – sottolinea Di Silverio – che lo specializzando, rifiuta il monopolio dell'Università sulla formazione, approva e quindi promuove il learning Hospital, ma soprattutto, lamenta come la formazione universitaria non

Segue a pagina 16

La parola ai protagonisti

LA FORMAZIONE CHE VOGLIAMO

I risultati dei tavoli tematici

Dal passaggio da studente a professionista, alla qualità formativa, dalle tutele, al contratto per gli specializzandi dell'area sanitaria.

Un'intera sessione degli Stati Generali è stata dedicata ai tavoli di lavoro dai quali sono scaturite le proposte su diverse tematiche, con la finalità di trasmetterle alla politica e alle istituzioni.

Sono stati 5 i gruppi ai quali hanno partecipato 50 tra medici e dirigenti sanitari proponendo analisi e soluzioni per le sfide del futuro.

Di seguito pubblichiamo una sintesi dei risultati, rimandando al sito www.anaao.it per la versione integrale dei documenti

GRUPPO DI LAVORO 1

Il cambio d'inquadramento del medico in formazione specialistica: come renderlo un medico professionista in formazione?

Dal lavoro di gruppo, totalmente condiviso e unanime, si erge la necessità di superare i limiti imposti dalla l.368/99 per sopraggiunte nuove esigenze professionali e formative, da ricollocare in un modo che possa dare equità e dignità alla formazione medica specialistica e rispecchiarne soprattutto la retrostante professionalità medica, con le tutele lavorative del caso. Ogni possibile sentiero tracciato non si allontana però dall'incardinamento del medico specializzando all'interno del Ccnl con capo apposito, che specifichi reciprochi obblighi e doveri in relazione a formazione e lavoro. Non è esclusa né sgradita una rimodulazione dei principi contratto di formazione e lavoro, scomparso anni fa. Per l'obbligo di formazione, va allegato al contratto individuale apposito libretto formativo rispondente agli obblighi formativi della L. 402/17 per ogni specializzazione, con sottolineata necessità di stabilire, in particolare per le specializzazioni di area chirurgica e di parte di quelle dei servizi, la specifica annuale delle competenze, autonomie e responsabilità crescenti. Il libretto formativo necessita di doppia firma, tutor e specializzando, per conferma della sua veridicità.Di semplice e riflessa attuazione ricadrebbero sul medico specializzando inquadrato nel Ccnl l'inquadramento fiscale e previdenziale, le indennità accessorie, e soprattutto tutte le tutele relative, a titolo esemplificativo e non esaustivo, su malattie, infortuni, ferie, maternità, paternità, congedi e lutti. Sulla retribuzione, rispecchiando l'attuale sistema di incremento della retribuzione dal terzo anno di specializzazione in poi, sarà necessario istituire apposita indennità, erogata a partire dal terzo anno, che costituisca uno step incrementale ed intermedio tra la retribuzione dei primi due anni di specializzazione e una retribuzione di un dirigente medico in primo impiego. Sulle compatibilità lavorative, si concorda inoltre sull'adeguamento alla contrattualistica c.d. "senior", con libera possibilità di scelta di esclusività o meno. La compatibilità con le altre possibilità di formazione universitarie deve essere garantita e favorita, per gli studenti che ne fanno richiesta, confermando e rendendo intoccabile quanto stabilito dalla L. 33/2022. L'implementazione di questo processo richiede un impegno congiunto di tutte le parti coinvolte per garantire una transizione fluida e vantaggiosa per i medici specializzandi e, di conseguenza, per l'intero sistema sanitario.

Stati Generali della Formazione specialistica dei medici e dei sanitari

LA FORMAZIONE CHE VOGLIAMO

GRUPPO DI LAVORO N. 2

La qualità formativa: come formare in maniera eccellente gli specialisti del domani

Il "learning hospital" è una novità positiva che andrebbe inserita nel nuovo contratto di specializzazione, insieme a malattia, guardie e reperibilità retribuite, congedo parentale.
Il learning hospital è il luogo ideale dove dovrebbe avvenire la formazione-lavoro e dove un tutor aziendale - figura di esperienza con funzioni riconosciute sia economicamente che in termini di orario di lavoro - dovrebbe accertare le attività svolte dallo specializzando e le competenze acquisite.
Il percorso di apprendimento delle praticità della specializzazione dovrebbe essere regolato da un piano formativo uniforme, realistico e costantemente aggiornato, anche in virtù dell'evoluzione dei percorsi di cura. Le competenze acquisite durante il percorso potrebbero essere valutate al termine della specializzazione da parte di una commissione composta da enti esterni pubblici (es. Agenas, FNOMCeO, Società Scientifiche, altro…). In caso di esito negativo, bisogna valutare attentamente quali conseguenze prevedere, da far ricadere essenzialmente sull'accreditamento della Scuola. L'esame dovrebbe poter essere ripetuto e l'attestato erogato dal suo superamento costituirebbe un arricchimento al curriculum del neo specialista, e non un vincolo alla sua attività.

Lo svolgimento delle attività pratiche e delle rotazioni previste a seconda della natura delle diverse specializzazioni (es. alcune potrebbero prevedere la rotazione in ospedali di diversa grandezza, altre in servizi diversi, ecc…), potrebbe avvenire in prima parte nella rete formativa della Scuola dove ci si è immatricolati, ma avere la possibilità di proseguire anche nelle altre strutture dell'intera rete formativa nazionale per quella disciplina e avere un periodo facoltativo finale anche extra-rete. In questo modo lo specializzando avrebbe da una parte l'onere di dover effettuare tutte le rotazioni e le attività necessarie alla formazione, e dall'altra potrebbe avvicinarsi sempre di più a casa o al centro iperspecializzato nell'aspetto della sua specialità che più gli interessa.

Affiancata a questa rimarrebbe la formazione universitaria, con un orario secondario alle attività pratiche, sulla falsariga del 20% previsto dal DL Calabria per poi diminuire o scomparire durante gli ultimi anni.
Si delinea quindi un percorso diviso in tre fasi:

1. (primo anno) – formazione nella rete formativa della Scuola, con forte impronta teorica e lezioni (incluse ricerca e simulazioni) obbligatorie stabilite e certificate da un piano formativo teorico nazionale
2. rotazioni secondo piano formativo pratico, diverso per ciascuna disciplina, nella rete formativa della Scuola o nazionale, con attività certificate dai tutor aziendali. Un 20% andrebbe ancora dedicato alla formazione presso la Scuola, anche a distanza.
3. (ultimi 18 mesi) – possibilità di frequentare anche extra-rete e personalizzare al massimo il proprio percorso. Formazione solo di 4 ore a settimana circa.

Punti chiave sono le autonomie pratiche crescenti e lo scorporamento tra formazione teorica universitaria (decrescente negli anni) e pratica, crescente e gestita dai diversi tutor aziendali in base al servizio o u.o. frequentati. La certificazione dell'apprendimento sarebbe continua anziché annuale, tramite autovalutazione, obbligatorietà delle lezioni e il feedback delle attività svolte e competenze acquisite da parte del tutor aziendale, mentre l'unico esame vero e proprio sarebbe quello finale, gestito da un ente pubblico terzo.
Le tasse universitarie potrebbero essere trasformate in un contributo alla formazione, uguale su tutto il territorio nazionale, e spartito tra università e ospedali per l'acquisto di materiale, il pagamento di congressi, missioni e lezioni da parte dei professori e/o esperti interni o esterni.

Stati Generali della Formazione specialistica dei medici e dei sanitari

LA FORMAZIONE CHE VOGLIAMO

Stati Generali della Formazione specialistica dei medici e dei sanitari

GRUPPO DI LAVORO N. 3

La situazione attuale: a cosa ha diritto un Medico in Formazione Specialistica?

La legge che disciplina i diritti e doveri dei Medici in Formazione Specialistica è la 368/1999. Poniamo l'attenzione sul fatto che tale legge stabilisce, all'articolo 40 commi 3 e 4, che:

- **Si ha diritto a 40 giorni di malattia**. In caso di **impedimenti** temporanei a **superiori 40 giorni** lavorativi consecutivi per malattia, servizio militare o gravidanza, **il periodo di formazione viene sospeso**. Il recupero di questi periodi di sospensione è obbligatorio. Durante i periodi di assenza per malattia, viene corrisposta solo la quota fissa del trattamento economico, mentre nei periodi di recupero viene corrisposto l'importo completo.
- **Si ha diritto a 30 giorni di assenza** per motivi personali, **previa autorizzazione** del Direttore della Scuola di Specializzazione.

Inoltre, all'articolo 40 comma 1 (come ribadito dal parere del Ministero della Salute 0012061-P-11/03/2016 sull'applicazione della direttiva 2003/88/CE convertita tramite il D.lgs 08/04/2023), viene stabilito che il Medico in Formazione Specialistica debba lavorare al pari del personale medico del Ssn a tempo pieno, assicurando la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria, quantificando il monte orario in 34 ore settimanali di lavoro e 4 ore di didattica. **Avendo inoltre diritto ai limiti di lavoro medio settimanale e ai periodi di** riposo minimi giornalieri e settimanali.

Il D.lgs 368/99, di fatto, considera i Medici in Formazione Specialistica degli studenti **cui non riconoscere alcun diritto del lavoratore**, cosa ribadita dalla Cassazione Civile Sent. n. 4449/18 la quale specifica che la specializzazione "non è inquadrabile nell'ambito del rapporto di lavoro subordinato, né del lavoro autonomo l'attività svolta dai medici iscritti alle scuole di specializzazione che costituisce una particolare ipotesi di "contratto di formazione-lavoro""

Tale situazione è parzialmente mitigata dal il D.lgs n. 81/2008, integrato e corretto dal D.lgs n. 106/2009 "Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro" e il D. Lgs 151/2001 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità":

- Il primo sostanzialmente estende ai Medici in Formazione Specialistica il diritto alla sicurezza sul lavoro e il riconoscimento di malattie e infortuni sul lavoro e le malattie professionali.
- Il secondo sancisce sostanzialmente che le specializzande godono del congedo obbligatorio di 5 mesi (solitamente un mese prima della data presunta e 4 post parto), del congedo parentale facoltativo di 6 mesi e della riduzione dell'orario di lavoro di 2 ore per turno per l'allattamento, fino al compimento dell'anno di età del nascituro. Durante i periodi di assenza, viene corrisposta solo la quota fissa del trattamento economico, come da d.lgs. 368/1999, mentre nei periodi di recupero viene corrisposto l'importo completo. La Legge n. 145/2018 amplia la facoltà di protrarre l'attività lavorativa per tutta la durata della gravidanza e usufruire del congedo i 5 mesi successivi al parto, previa certificazione del medico competente. Lo stesso testo unico sancisce che al padre spetti un congedo parentale fino a 6 mesi, con possibilità di estenderlo a 7 se astenuto per almeno 3 mesi. Il periodo complessivo di congedo parentale tra entrambi i genitori può arrivare a 11 mesi.

Uno degli obiettivi degli Stati Generali, e in particolare di questo tavolo, è proporre una normativa nazionale che introduca regole chiare su tutto il territorio per ferie, malattie, orari di lavoro, smonto notte, congedi di paternità e maternità, congedi matrimoniali, congedi per lutti gravi, congedo per assistenza ad un parente con invalidità, congedo per malattia del figlio minore, congedo per sostenere concorsi pubblici, trasferimenti, ricongiungimenti familiari, periodi di formazione fuori rete formativa in Italia ed all'Estero. Tale normativa si inquadrerebbe nella nascita di un Ccnl "Area Sanità in Formazione Specialistica".

GRUPPO DI LAVORO N. 4

Le sfide future del giovane medico: tra insidie e opportunità

La pletora medica: come contrastarla per far "vincere" la programmazione sanitaria/"Specialità poco ambite": come risolvere questa dicotomia

In Italia non vi è carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia, ma piuttosto di medici specialisti assunti nel Ssn.

- Programmare il numero di accessi al corso di laurea in medicina in base alle uscite dei medici in pensione
- Programmare i posti in specializzazione in base alla carenza di specialisti
- Come programmare le borse di specializzazione che vengono stanziate ogni anno?
- Banca dati di medici specialisti: chiedere agli ordini provinciali la specializzazione degli iscritti. I fabbisogni vengono stabiliti dalla conferenza stato regioni in maniera arbitraria non essendo attualmente disponibile una banca dati di medici specialisti

Specialità poco ambite, come risolvere la dicotomia?

- Allargare l'erogazione dell'indennità, ora solo per PS, anche alle altre specializzazioni più usuranti e/o poco ambite

I risultati dei tavoli tematici

- Incentivi ad hoc per gli specializzandi delle "specialità poco ambite"
- Fusione di alcune specialità
- Tronco comune nei primi anni che viene riconosciuto in caso di nuovo concorso. Per MEU: Tronco comune che permette di lavorare in altri reparti in base ai mesi lavorati nel tronco comune stesso per creare una "via di uscita" verso reparti come medicina interna dopo 15/20 anni di servizio in emergenza urgenza
- Aumentare la quota variabile nella retribuzione nella specializzazione.
- Per i lavoratori in turni notturni e lavoro usurante: ogni 5 anni aumento di un anno di contribuzione ai fini pensionistici
- Meu, anestesisti e chirurghi: considerare queste specializzazioni come usuranti, permettendo un più rapido pensionamento
- Medicina di comunità e cure palliative: chiarire allo specializzando la parte di progettualità post formazione
- Aumentare le retribuzioni per i lavoratori notturni, per i turni di reperibilità e per i turni festivi

L'intelligenza artificiale: come utilizzarla nella formazione dei futuri specialisti

- L'intelligenza artificiale ormai è entrata nella nostra società ed è destinata a rimanerci, pertanto è necessario imparare a governarla
- L'AI può fornire suggerimenti e indicazioni, ma non dovrebbe sostituire completamente il giudizio umano
- I medici devono sempre considerare il contesto specifico del paziente, la loro esperienza e le linee guida cliniche quando prendono decisioni

La fuga dei medici all'estero: perché tutto ciò? Come contrastarla?

Superare le differenze che esistono tra lo status del medico europeo e il medico in Italia quali:

- Gap retributivo deve essere adeguato a livello europeo
- Depenalizzazione atto medico
- Assicurazione professionale deve essere a carico dell'ospedale dove si lavora
- Rimuovere le incompatibilità lavorative
- Cultura del lavoro più dignitosa per permettere di conciliare vita lavorativa e vita privata

Il mondo universitario: come impreziosire la parte sana e isolare la parte malsana

- Applicare le regole già esistenti in termini di accreditamento delle scuole di specializzazione. Necessità di:
- Aumento del numero di rappresentanti degli specializzandi in Osservatorio Nazionale in modo da equilibrare il rapporto tra medici in formazione specialistica e gli altri rappresentanti presenti in osservatorio
- Accreditamenti rigorosi

"Il richiamo della sanità privata": come rendere attrattivo il mondo ospedaliero pubblico?

- **Qualità della vita lavorativa:** è opportuno programmare un maggior numero di assunzioni per quanto riguarda le specialità ospedaliere e di assistenza H24 in modo da ridurre il numero di turni notturni e festivi per singolo medico
- **Retribuzione:** è necessario aumentare sostanzialmente la retribuzione del lavoro del medico del Ssn compresa quella del lavoro notturno e festivi, adeguare gli stipendi all'inflazione in maniera tale da avvicinarla a quella dei colleghi europei

"Il futuro è donna": c'è davvero una discriminazione di genere tra dottori e dottoresse?

- La tecnologia può essere molto da aiuto per l'abbattimento delle differenze di genere: permette di insegnare non più 1 a 1 ma 1 a mille
- Aggiungere demografia di genere in medicina
- Soluzione: criteri di valutazione oggettivi del direttore di UOC con valutazione ogni 5 anni basata su criteri oggettivi e tetto al numero massimo di incarichi da Direttore di UOC nella medesima struttura.

LA FORMAZIONE CHE VOGLIAMO

Stati Generali della Formazione specialistica dei medici e dei sanitari

GRUPPO DI LAVORO N. 5

Un contratto per la formazione specialistica per tutti i professionisti dell'Area Sanitaria non Medica.

La corresponsione della remunerazione agli specializzandi medici discende dalle direttive comunitarie 82/76/CEE, 93/16/CEE e 2500/36 CEE, che hanno previsto l'obbligo per gli Stati membri di corrispondere un giusto compenso in favore dei soli medici durante la formazione specialistica, mentre un simile obbligo comunitario non è stato purtroppo previsto anche per le altre figure professionali quali veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici.

I colleghi e le colleghe che frequentano una Scuola di Specializzazione, oltre a non ricevere una retribuzione, non dispongono di ferie, malattie e dei contributi previdenziali.

Peraltro la legge 401/2001 aveva previsto borse di studio per tali categorie, rimanendo però totalmente disapplicata.

Inoltre la stessa legge all'art.8 prevedeva già, secondo le stesse modalità previste per i medici la rilevazione annuale del fabbisogno anche ai fini della ripartizione delle borse di studio nell'ambito delle risorse già previste.

Cosa chiediamo:

1. Riconoscimento di un trattamento economico equiparato ai medici
2. Contrattualizzazione della formazione specialistica

Segue a pagina 16

liste d'attesa

Decreto legge "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie"

Un decreto con luci e ombre

PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale Anaao Assomed

È stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il tanto discusso Decreto anti liste di attesa che dovrà essere convertito in legge entro l'8 agosto. Un decreto che prometteva la risoluzione di un problema annoso e multifattoriale, un decreto snellito con il tempo da quasi tutti i provvedimenti di carattere economico. Rispetto alle richieste che, con forza, abbiamo avanzato, ci appare un decreto con luci e ombre

Iniziamo dalle norme che hanno risposto, seppur parzialmente, alle nostre richieste:

1. la defiscalizzazione delle prestazioni aggiuntive: tale norma, che dovrà ora vedere la sua concreta applicazione nei decreti attuativi, è un primo passo verso quel riconoscimento economico dei professionisti che chiediamo da anni. L'Anaao Assomed garantisce il suo impegno affinché, nella finanziaria per il 2025 in discussione dal prossimo autunno, possa essere inserita la defiscalizzazione dell'indennità di specificità medica e sanitaria, già riconosciuta ai medici della sanità privata e a settori del pubblico impiego;
2. il superamento, dopo 20 anni, del tetto di spesa per il personale, sostituito da apposito decreto del Ministero della salute per la definizione dei fabbisogni, ancorché subordinato alla congruità dei finanziamenti regionali;
3. il superamento del tetto alle prestazioni aggiuntive previsto dall'art. 89 del Ccnl;
4. la decisione di applicare su scala nazionale la Legge 124/1998, che riconosce ai cittadini il diritto di usufruire della prestazione in intramoenia con il pagamento del solo ticket, se dovuto, qualora le attese nel pubblico superino i tempi previsti dalla normativa. Anche qui i decreti attuativi dovranno organizzare le modalità di rimborso e l'iter burocratico che speriamo sia snello.

Le buone notizie potrebbero fermarsi qui, ma dobbiamo aggiungere, a nostro merito, anche di avere evitato, a partita chiusa, la beffa di scaricare sul nostro salario accessorio (per intenderci straordinari, guardie etc.) gli oneri della defiscalizzazione attraverso l'abolizione del Decreto Calabria, norma inizialmente prevista e poi cassata grazie al nostro intervento.

Il superamento del ventennale tetto di spesa per il personale, annunciato con grandi squilli di tromba a decorrere dal 2025, è soggetto a una metodica farraginosa, che rende incerti tempi e risultati, condizionato com'è dalla congruità dei fondi delle Regioni, di cui 9 nemmeno riescono a garantire i LEA e 1 è commissariata da tempo immemorabile. Il DL assume i tempi di attesa come variabile indipendente rispetto alle risorse e al numero dei professionisti chiamati ad assicurare la cura e non solo la prestazione, lasciando credere che la semplice apertura degli ambulatori il sabato e la domenica basti a convincere il medico che già lavora più di 60 ore settimanali, dal lunedì al venerdì, a lavorare ancora. Senza contare che, alla faccia dell'urgenza, richiede 7 decreti attuativi per potere dispiegare i suoi effetti.

Per l'ennesima volta, infine, si cede alla facile demagogia dell'attacco alla libera professione intramoenia dei medici dipendenti, comodo capro espiatorio, alibi per le inefficienze organizzative e la scarsità di risorse cui nemmeno questa volta si riesce a rimediare, ignorando anche che i suoi introiti hanno dato all'abbattimento delle liste di attesa in 10 anni quanto il Governo ha stanziato con la legge di bilancio 2024.

Colpisce anche l'ossessione, quasi poliziesca, dei controlli per i quali viene as-

liste d'attesa

Un decreto con luci e ombre

sunto personale con "funzioni di polizia giudiziaria", inserito in una macchina burocratica con tecnologia avanzata, dai costi certi e benefici incerti, che scarica tutte le responsabilità dell'assenza di risultati sugli ospedali, sui professionisti, sulle direzioni aziendali.

Il decreto legge per la riduzione dei tempi delle liste d'attesa è affiancato da un disegno di legge anch'esso approvato dal Governo ma con tempi parlamentari più lunghi, che permette anche di stipulare contratti di tipo co.co.co. per il recupero di prestazioni, facendo entrare così dalla finestra ciò che era uscito dalla porta ovvero l'eliminazione delle cooperative e del lavoro a cottimo che il ministro Schillaci due anni fa aveva di fatto vietato con un decreto ad hoc.

E continua a erogare risorse al privato accreditato che si aggiungono ai 980 milioni, in tre anni, concessi dalla legge di bilancio 2024.

Servono, quindi, correzioni per garantire certezza dei tempi e risorse appropriate alla riduzione delle liste di attesa, serve un cambio di rotta reale e non solo demagogico, perché i professionisti che operano nella sanità pubblica, continuando a garantire, nonostante tutto, l'esigibilità del diritto costituzionale alla salute, vanno gratificati, non aggrediti o additati al pubblico ludibrio. Anche per il bene dello stesso Servizio Sanitario Nazionale e dei cittadini che vi si rivolgono.

Se il Ministro della salute Orazio Schillaci ritiene "prioritario investire sul personale per rendere la sanità pubblica più attrattiva", occorre un colpo d'ala della politica, abbandonando giaculatorie e promesse. Se non vogliamo trasformare la sanità nel punto di rottura dello Stato sociale.

Noi vigileremo durante l'iter di conversione per evitare colpi di coda e per eliminare gli aspetti più negativi.

> "Occorre un colpo d'ala della politica, abbandonando giaculatorie e promesse. Se non vogliamo trasformare la sanità nel punto di rottura dello Stato sociale

Ecco in sintesi il contenuto degli 8 articoli del decreto legge

ARTICOLO 1

(Istituzione della Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa)

La disposizione prevede, al **comma 1**, l'istituzione presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari della Piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute. La piattaforma nazionale è finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme delle liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma. Si tratta di uno strumento di governo delle liste di attesa coerente con l'obiettivo "Potenziamento del Portale della Trasparenza" previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. Il medesimo comma, inoltre, precisa che l'Agenas è autorizzata al trattamento dei dati personali relativi alla gestione della Piattaforma.

Si prevede, al **comma 2**, che i dati del flusso informativo Tessera Sanitaria - TS siano resi disponibili al Ministero della salute e all'Agenas, con particolare riferimento ai dati in chiaro della ricetta Ssn dematerializzata e ai dati pseudonimizzati riferiti alla spesa sanitaria che confluiscono nella dichiarazione dei redditi precompilata (730) nonché ai dati relativi alle prenotazioni resi disponibili dai Cup regionali.

Il **comma 3** demanda a un decreto del Ministro della salute, sentita Agenas e previo parere della Conferenza Stato Regioni, per l'adozione di specifiche Linee guida nazionali per la definizione dei criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali delle liste di attesa. In tal modo, quindi, si intende giungere alla definizione dei criteri e delle regole di sistema per rendere interoperabili le piattaforme regionali e provinciali di gestione delle liste d'attesa con il livello centrale e sviluppare una piattaforma nazionale per il governo delle liste d'attesa volta a consentire la visibilità dell'offerta sia per il sistema pubblico che privato accreditato a tutti i livelli di governo.

Il **comma 4** prevede che la Piattaforma opera "Modello Nazionale di Classificazione e Stratificazione della popolazione" (Mcs), da mettere a disposizione delle Regioni, secondo le modalità individuate con decreto del Ministro della salute, per finalità di misurazione e monitoraggio e per promuovere lo sviluppo delle strategie di medicina di iniziativa.

Il **comma 5**, inoltre, precisa che l'obiettivo della Piattaforma nazionale è quello di garantire, operando in coerenza con il modello Mcs, l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale, consentendo la misurazione delle prestazioni in lista di attesa sul territorio nazionale. In particolare, la Piattaforma avrà il fine di orientare la programmazione dell'offerta attraverso la verifica puntuale ed aggiornata delle agende disponibili, delle agende accessibili alla prenotazione da Cup (agende pubbliche) e da percorsi interni (agende esclusive per Pdta, follow-up e controlli), della distribuzione delle agende tra gli erogatori territoriali ed ospedalieri nonché di consentire il monitoraggio dei tempi di attesa, della consistenza di lista d'attesa per singolo erogatore, del tasso di saturazione delle risorse umane e tecnologiche, del rispetto dei tem-

pi massimi per classi di priorità, del rispetto dei Rao e dei principi di appropriatezza prescrittiva, dell'allineamento tra offerta e tempi di attesa tra pubblico e privato e tra regime istituzionale e libera professione.
Il **comma 6** prevede che l'Agenas, qualora riscontri inefficienze o anomalie nell'ambito del controllo delle agende di prenotazione, possa verificare il corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa, mediante meccanismi di *audit* nei confronti delle aziende sanitarie titolari delle suddette agende.

ARTICOLO 2

(Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria)

Con il **comma 1**, al fine di rafforzare le attività di controllo del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS), si istituisce presso il Ministero della salute l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, che opera alle dirette dipendenze del Ministro della salute e svolge tutte le funzioni già attribuite al predetto Sistema. L'Organismo, infatti, subentra ai competenti uffici della Direzione generale della programmazione sanitaria nella funzione di supporto tecnico al SIVeAS.
Con il **comma 2** si declinano i compiti dell'Osservatorio che dovrà vigilare e svolgere verifiche presso le aziende sanitarie locali e ospedaliere e presso gli erogatori privati accreditati sul rispetto dei criteri di efficienza e di appropriatezza nella erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sul corretto funzionamento del sistema di gestione delle liste di attesa e dei piani operativi per il recupero delle liste medesime. Per lo svolgimento di questi compiti, l'Ispettorato si avvale anche dei dati forniti da Agenas derivanti dall'utilizzo della Piattaforma nazionale e dalle attività di audit svolte dalla medesima Agenzia.
Con il **comma 3**, si autorizza l'Osservatorio, che può avvalersi del supporto del Comando Carabinieri per la tutela della salute, ad accedere presso le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, le aziende ospedaliere universitarie e policlinici universitari, gli erogatori privati accreditati nonché presso tutti gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione sulla segnalazione del cittadino, degli enti locali e delle associazioni di categoria utenti. L'Osservatorio, al fine di corrispondere a segnalazioni da parte di cittadini circa presunte irregolarità, ritardi o inadempienze, può acquisire la relativa documentazione e richiedere chiarimenti e riscontri in relazione ai quali le regioni e le province autonome interessate hanno l'obbligo di rispondere, anche per via telematica, entro quindici giorni. A conclusione degli accertamenti, gli esiti delle verifiche svolte dall'Osservatorio costituiscono elementi di valutazione del Ministero della salute ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei responsabili a livello regionale o aziendale, inclusa la revoca o il rinnovo dell'incarico.

> “Il Ministero della salute è autorizzato a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica, appartenenti all'area funzionari

Con il **comma 4** si definisce la composizione dell'Osservatorio, costituito da un ufficio dirigenziale di livello generale e quattro uffici di livello dirigenziale non generale. Il Ministero della salute è autorizzato a reclutare, nel biennio 2024-2025, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, un contingente di 20 unità di personale non dirigenziale, nell'ambito della dotazione organica, appartenenti all'area funzionari del vigente Contratto collettivo nazionale, Comparto funzioni centrali, mediante procedure di passaggio diretto di personale tra amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, scorrimento di vigenti graduatorie di concorsi pubblici o avvio di nuove procedure concorsuali pubbliche.
Le assunzioni sono effettuate in deroga alle ordinarie facoltà assunzionali. Nelle more dello svolgimento delle procedure concorsuali, il Ministero della salute si avvale di un contingente fino a un massimo di 20 unità di personale non dirigenziale, appartenenti all'area funzionari del comparto funzioni centrali, scelto tra il personale delle amministrazioni pubbliche ed è posto, ai sensi dell'articolo 17, comma 14, della legge 15 maggio 1997, n. 127, in posizione di comando, distacco o fuori ruolo o altro analogo istituto previsto dai rispettivi ordinamenti ad esclusione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico e ausiliario delle istituzioni scolastiche. All'atto del collocamento fuori ruolo è reso indisponibile, nella dotazione organica dell'amministrazione di provenienza, per tutta la durata del collocamento fuori ruolo, un numero di posti equivalente dal punto di vista finanziario.
Con il **comma 5** si attribuiscono le funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria al personale dell'Organismo al quale viene riconosciuta la qualifica di agente di pubblica sicurezza nei limiti del servizio cui è destinato.
Con i **commi 6 e 7** vengono definiti gli oneri derivanti dall'attuazione dei commi 3, 4 e 6 del presente articolo.

ARTICOLO 3

(Disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie)

Il **comma 1** prevede l'afferenza al CUP regionale o infra-regionale non solo degli erogatori pubblici ma anche degli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali.
I **commi 2 e 3**, in coerenza con le richiamate indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, si propongono

Un decreto con luci e ombre

di introdurre la nullità per violazione di legge dell'accordo contrattuale stipulato in assenza delle condizioni di collegamento ed interoperabilità delle relative agende di prenotazione con il CUP pubblico di riferimento; si introduce, altresì, a livello legislativo, una forma di premialità, rivolta agli erogatori privati meramente autorizzati e volta alla realizzazione anche da parte di questi ultimi del collegamento ed interoperabilità tra agende di prenotazione e CUP pubblici, rilevante in sede di valutazione rivolta al rilascio dell'accendimento istituzionale.

Il **comma 4** incentiva l'adozione di soluzioni digitali da parte delle regioni e delle province autonome per agevolare la prenotazione autonoma delle visite e per il pagamento del ticket.

Il **comma 5** dispone l'attivazione da parte del CUP di un sistema di disdetta delle prenotazioni per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione e per consentire allo stesso di confermare o cancellare la prenotazione almeno due giorni lavorativi prima, anche in modalità da remoto, nonché sistemi di ottimizzazione delle agende di prenotazione, secondo le indicazioni tecniche indicate in linee guida omogenee di livello nazionale, adottate con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni.

Il **comma 6** reca delle previsioni in materia di inadempienza contrattuale da parte dei soggetti affidatari dello sviluppo del Centro Unico di Prenotazione di una regione. Si prevede, infatti, che l'inadempienza contrattuale definitivamente accertata costituisce illecito professionale.

Il **comma 7** reca una previsione finalizzata a garantire il rispetto delle prenotazioni effettuate. In particolare, si prevede che nell'ambito delle Linee guida di cui al comma 5, sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito che non si presenta nel giorno previsto, senza giustificata disdetta, salvi i casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, può essere tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa.

> Il comma 4 incentiva l'adozione di soluzioni digitali da parte delle regioni e delle province autonome per agevolare la prenotazione autonoma delle visite e per il pagamento del ticket

Il **comma 8** stabilisce che nell'ambito della gestione delle patologie cronico-degenerative e oncologiche, al fine di ottimizzare la programmazione sanitaria regionale, deve essere definito e garantito l'accesso alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (Pdta), attraverso agende dedicate. Lo specialista di riferimento o la struttura appositamente dedicata della Asl di appartenenza provvedono alla gestione di tali agende.

Il **comma 9** prevede il divieto per le aziende sanitarie e ospedaliere di sospendere o chiudere le attività di prenotazione.

Il **comma 10** prevede che nel caso in cui i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste nei limiti delle risorse previste dalla legge di Bilancio 2024, attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. I direttori generali delle aziende sanitarie vigilano sul rispetto della disposizione, anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

Il **comma 11** dispone che per le finalità di cui al comma 10, il Ministero della salute provvede al monitoraggio dell'utilizzo delle risorse stanziate per il superamento delle liste di attesa nella precedente manovra Le predette risorse non possono essere utilizzate per finalità diverse e, ove non utilizzate, sono accantonate nei bilanci del Servizio sanitario nazionale per attuare le misure di recupero delle liste di attesa attraverso specifici piani operativi regionali.

Il **comma 12** reca la clausola di invarianza finanziaria.

ARTICOLO 4

(Potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche)

Il **comma 1**, al fine di ridurre i tempi delle liste di attesa e di evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici, prevede che le visite diagnostiche e specialistiche sono effettuate nei giorni di sabato e domenica e la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata. Si prevede, inoltre, che i direttori regionali della sanità vigilano sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo e trasmettono un apposito report alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute. Le attività di cui al secondo periodo rilevano ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei direttori regionali della sanità.

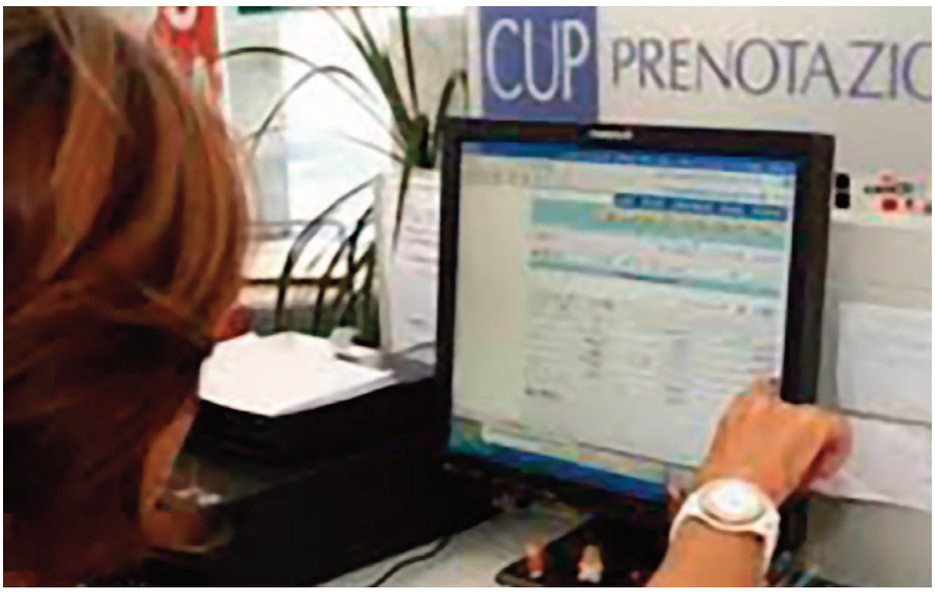
Il **comma 2** dispone che presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera, è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. In tal senso, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

ARTICOLO 5

(Superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale del Servizio sanitario nazionale)

Qui si prevede, al **comma 1**, che a decorrere dall'anno 2024 e fino alla data di adozione dei decreti di cui al comma 2, i valori della spesa per il personale delle aziende e degli enti del Ssn delle regioni autorizzati per l'anno 2023 ai sensi dell'articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, con legge 25 giugno 2019, n. 60 (Decreto Calabria), sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente e, su richiesta della regione, di un ulteriore importo sino al 5% del predetto incremento, per un importo complessivo fino al 15 per cento del medesimo incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, e compatibilmente con la programmazione regionale in materia di assunzioni. Il predetto incremento della misura massima del 5 per cento è autorizzato previa verifica delle misure compensative da parte di un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente Stato Regioni.

Il **comma 2**, a decorrere dall'anno 2025, demanda a uno o più decreti del Ministro della salute, di concerto con il



Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni la definizione di una metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del Ssn, ai fini della determinazione della spesa per il personale delle aziende e degli enti del Ssn delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale. Le regioni, sulla base della predetta metodologia, predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il servizio sanitario regionale, che sono approvati con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni. Il **comma 3** prevede che fino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli enti del Ssn, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 11, commi 1, 2, 3 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 (Decreto Calabria). Si vuole in tal modo prevedere il mantenimento della vigenza dell'articolo 11 del dl 35/2019 sino all'adozione della metodologia per la definizione del fabbisogno del personale degli Enti del Ssn, salvaguardando la dinamica del trattamento accessorio prevista al quinto periodo del comma 1 del citato articolo 11.

ARTICOLO 6

(Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale)

La disposizione prevede che, per le regioni destinatarie del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il Pnrr, è definito un piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari sul territorio, da adottarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a valere sulle risorse del predetto Programma. Nei limiti delle risorse del predetto Programma e in coerenza dello stesso, il piano d'azione individua, con particolare riguardo ai servizi sanitari e sociosanitari erogati in ambito domiciliare o ambulatoriale, nonché all'attività svolta dai Dipartimenti di salute mentale (DSM) e dalle strutture di cui all'articolo 3-*ter* del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, dai Consultori Familiari (CF) e dai Punti per gli screening oncologici, le iniziative finalizzate: alla realizzazione degli investimenti relativi alle infrastrutture di tipo tecnologico, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari; alla realizzazione degli investimenti relativi all'adeguamento infrastrutturale e al potenziamento tecnologico dei Dipartimenti di salute mentale dei Consultori familiari e dei Punti screening; alla realizzazione degli investimenti diretti a sostituire, ammodernare o implementare le attrezzature informatiche, tecnologiche e diagnostiche, destinate all'erogazione di servizi sanitari o sociosanitari; alla formazione degli operatori sanitari per:

1. la sperimentazione dei progetti terapeutico riabilitativo personalizzati in tutti i Dipartimenti di salute mentale delle regioni destinatarie del Programma, in collaborazione coi i servizi sociali dei comuni e degli enti del terzo settore;
2. la sperimentazione dei modelli organizzativi e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali specifici per i Consultori familiari;
3. lo sviluppo di metodologie e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti ai test di screening per individuare e includere negli stessi anche la popolazione in condizione di vulnerabilità socio-economico;
4. la sperimentazione di modelli organizzativi per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di screening.

> “ Il comma 1 prevede l'introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal predetto personale

ARTICOLO 7

(Imposta sostitutiva sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario)

Al fine di incentivare i dirigenti medici e sanitari dipendenti del Servizio sanitario nazionale, il **comma 1** prevede l'introduzione di una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal predetto personale.
Analogamente il **comma 2** prevede l'introduzione della medesima imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche 11 e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento sulle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive rese dal personale sanitario di cui all'allegato 1, della legge 1° febbraio 2006, n. 43.
I **commi 3 e 4** indicano gli oneri derivanti dall'attuazione di quanto previsto dai commi 1 e 2.
Il **comma 5** prevede che le imposte sostitutive previste dai commi 1 e 2 sono applicate dal sostituto d'imposta con riferimento ai compensi erogati a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Per l'accertamento, la riscossione, le sanzioni e il contenzioso, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni in materia di imposte sui redditi. Il comma 6 reca la copertura finanziaria degli oneri derivanti dalla disposizione.

L'ARTICOLO 8

Riguarda l'entrata in vigore del testo.

Segue da pagina 5

La piattaforma programmatica

hanno un riferimento nazionale e/o ministeriale cui segnalare le criticità di qualsiasi livello: estremizzando, è come se un capoluogo di provincia di media grandezza non abbia una caserma in cui i cittadini possano andare a denunciare illeciti di qualunque natura. Serve un Osservatorio Nazionale come organismo dotato di finanziamento proprio, composto da tutti gli attori della formazione medica (Universitari, specializzandi, Tutor ospedalieri), con certificatori terzi che attraverso un libretto formativo elettronico nazionale verifichino in real time le attività formative svolte dagli specializzandi e l'insegnamento teorico e pratico svolto dai Professori Universitari e dai Tutor Ospedalieri. Infine, occorre un portale nazionale in cui ogni specializzando, attraverso credenziali criptate fornitegli ad inizio percorso, al fine di garantirgli la certificazione con relativo anonimato, possa segnalare criticità e problematiche cui deve obbligatoriamente seguire una risposta.

Stati Generali della Formazione specialistica dei medici e dei sanitari

CONCLUSIONI

La formazione medica post-laurea è diventata una vera emergenza nazionale che richiede capacità di reclutare le intelligenze professionali, di tutti i livelli e di tutte le appartenenze, nella trasparenza degli obiettivi, delle strategie, della gestione, della capacità di darsi le regole e di farle rispettare. Senza un serio confronto che coinvolga tutti gli attori interessati al futuro del sistema sanitario e di quello formativo, e preveda un ripensamento delle attuali politiche, nazionali e regionali, si pongono solo le condizioni per la prevaricazione autoreferenziale.

L'Anaao Assomed rifiuta la teoria del "destino manifesto" che condanna i medici ospedalieri a cedere spazi e competenze alle Università per rifugiarsi nella riserva di un Ssn povero e per i poveri, lasciando ad altri le magnifiche e progressive sorti della formazione e della didattica e della assistenza nei settori ad alta specializzazione.

Con la forza della ragione continueremo a contrastare le ragioni della forza, per meglio rispondere all'interesse dei cittadini e alla valorizzazione delle professionalità che operano all'interno del Ssn.

Segue da pagina 6

La survey Anaao Assomed

riconosca il professionista come medico bensì lo relega al ruolo di eterno studente. La responsabilità che abbiamo come sindacato è quindi di allontanarci da una visione baronale e adeguarci finalmente al resto del mondo". Il sondaggio su un campione statisticamente significativo di **specializzandi dirigenti sanitari** ha evidenziato:

Inaccettabilità attuale trattamento

Il 98% degli intervistati ha denunciato l'attuale trattamento degli specializzandi non medici che, a parità di ordinamenti didattici e di modalità formative, non prevede alcun trattamento economico. Essi auspicano una urgente modifica che riconosca anche agli specializzandi dirigenti sanitari il trattamento adeguato.

Sfruttamento lavorativo

Sulla base di quanto sopra gli specializzandi evidenziano la sostanziale situazione di sfruttamento lavorativo
Il 68% degli intervistati ha evidenziato di svolgere comunque delle attività lavorative per sostenersi nel percorso formativo con enormi disagi.

Decreto Calabria

Il 15% degli intervistati ha dichiarato di aver partecipato ai concorsi ex Decreto Calabria.

Qualità formativa

Variegato il giudizio sulla qualità formativa laddove il 57% degli intervistati ha auspicato una maggiore rotazione tra le strutture/ambulatori, il 60% ritiene che vada finalmente estesa la rete formativa ad AAOO ed ASL territoriali. Il 37% richiede di implementare l'attività di ricerca scientifica ed il 44% di favorire ulteriore partecipazione ad attività di aggiornamento.

Concorso di accesso

Oltre il 90% degli intervistati auspica modalità di accesso alle scuole omogenee a quelle dei medici.
"Il sondaggio condotto anche per gli specializzandi dirigenti sanitari – ha quindi osservato **Alberto Spanò, Responsabile Nazionale della Dirigenza Sanitaria Anaao Assomed** – ha consentito di prendere atto della storica grave situazione che caratterizza le specializzazioni delle categorie della dirigenza sanitaria non medica, per le quali sono previsti gli stessi percorsi di formazione specialistica dei medici, con il medesimo ordinamento didattico e connessi obblighi di frequenza nelle strutture formative, in assenza di qualunque forma di riconoscimento economico. Il sondaggio ha consentito di capire che anche i non medici auspicano una riforma della formazione specialistica incentrata sulla contrattualizzazione del rapporto e sul coinvolgimento delle università ma anche delle strutture ospedaliere e territoriali del Ssn".

Segue da pagina 10

I tavoli tematici

3. Inquadramento normativo nel Ccnl.
4. Trattamento fiscale e previdenziale
   Devono essere riconosciuti i medesimi doveri e diritti di chi è già dipendente del Ssn con analogo trattamento normativo, economico e previdenziale. Il trattamento economico dello specializzando deve contenere le seguenti voci retributive previste dal Ccnl della dirigenza medica e sanitaria del SSN: stipendio tabellare; indennità di specificità sanitaria; indennità di esclusività; indennità legate alle particolari condizioni di lavoro, ove spettanti; retribuzione di risultato, ove spettante; retribuzione di posizione in relazione all'eventuale incarico conferito. Devono aver inoltre diritto alla tredicesima, ferie, malattia, gravidanza.
5. Formazione teorica universitaria.
6. Tutoraggio ospedaliero pratico.
   La formazione teorica sarà a carico dell'università, mentre l'attività pratica professionalizzante si svolgerà presso gli ospedali e le strutture sanitarie territoriali inseriti nella rete formativa. La formazione specialistica deve essere certificata e monitorata attraverso il controllo degli standard e dei requisiti delle reti formative da parte di un apposito Osservatorio Nazionale delle Specializzazioni Sanitarie costituito da rappresentanti delle diverse professioni. Si rende altresì necessario, secondo modalità simili a quelle che saranno definite per i Medici, individuare apposite modalità di accesso per ogni categoria alle specializzazioni per l'area sanitaria non medica con regole certe.
7. Compatibilità formative (master e dottorati).
8. Compatibilità lavorative (Intramoenia). Il periodo di formazione specialistica deve essere compatibile con altri possibili percorsi di studio (dottorato, master). I sanitari in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi devono poter, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione: esercitare la libera professione intramuraria; assumere **incarichi libero-professionali**, anche di collaborazione coordinata e continuativa.

Specificità professionali:

Il modello di formazione specialistica dovrà tener conto in modo adeguato delle diverse caratteristiche professionali delle singole categorie, in tal senso rendendo applicabile la formazione specialistica contrattualizzata a tutti i contesti professionali tipici delle categorie del ruolo sanitario.

POLIZZE INFORTUNI

A SEGUITO DI AGGRESSIONI

AmTrust Assicurazioni

UFFICIO LEGALE ANAAO

Avvocati, Giuristi ed esperti qualificati

POLIZZE E SERVIZI PER MEDICI SPECIALIZZANDI E NEOLAUREATI

ISCRIVITI

CYBERSECURITY ANAAO

CON L'ANAAO I TUOI DATI SONO PROTETTI E AL SICURO.

FORMAZIONE ECM PER OPERATORI SANITARI

FONDAZIONE PIETRO PACI

POLIZZE ESCLUSIVE

Assicurati ora

MEDICAL INSURANCE BROKERS

AssiLegal

Network di assistenza legale per la malpractice medica

I SERVIZI ANAAO ASSOMED

SCOPRILI TUTTI

SCARICA LA BROCHURE

Prenota una copia presso la sede Anaao della tua Regione.