

RELAZIONE DELLA COMMISSIONE SSN-UNIVERSITÀ ANAAO ASSOMED PER LA DIREZIONE NAZIONALE

Genova 17-18 marzo 2023

La Commissione SSN Università ha suddiviso le questioni emerse nei dibattiti delle riunioni in due filoni principali:

1) rapporti tra dirigenza SSN e personale docente universitario

2) didattica e tutoraggio dei dirigenti SSN nei confronti degli studenti e degli specializzandi, anche in relazione alle assunzioni previste dal Decreto Calabria

PREMESSA

Il rapporto di lavoro ed il ruolo dei dirigenti SSN e quello dei docenti universitari sono disciplinati da norme profondamente diverse. In sintesi.

DIRIGENTI del SSN.

Sono dirigenti pubblici il cui rapporto di lavoro è disciplinato da contratti (nazionali e decentrati) e sono inquadrati in un **ruolo unico**. Il loro datore di lavoro è l'Azienda Sanitaria.

Titolo per accedere al concorso di assunzione (a parte le deroghe previste dal Decreto Calabria) è il possesso della specializzazione equipollente o affine alla disciplina oggetto del concorso.

Per accedere alla Direzione delle Strutture Complesse (definite in numero, requisiti, standard di attività ed esiti dal DM 70/2015) è necessario sostenere un ulteriore concorso per partecipare al quale - oltre alla specializzazione di cui sopra - sono necessari ulteriori titoli di carriera ed il possesso (acquisito anche successivamente alla nomina) di un attestato di formazione manageriale.

La progressione di carriera è regolata dai contratti e la dinamica di retribuzione soggiace a vincoli economici (capienza dei fondi contrattuali aziendali) sui quali - soprattutto negli ultimi anni - sono intervenute penalizzazioni per legge.

L'orario di lavoro è disciplinato per contratto e soggiace alle norme sui riposi (66/2003).

All'atto dell'assunzione, il singolo dirigente spesso non porta nei fondi una dote economica che gli garantisca la progressione di carriera; le assunzioni vengono fatte nei limiti dei tetti di spesa definiti per legge.

I DOCENTI UNIVERSITARI appartengono a un ordinamento autonomo garantito dalla Costituzione (art. 33).

Il loro datore di lavoro è il Ministero dell'Università.

Vi si accede per concorso e per "Settori Scientifico Disciplinari" (in campo sanitario non del tutto sovrapponibili alle specializzazioni affini ed equipollenti).

Non sono contrattualizzati ed il loro trattamento economico viene adeguato periodicamente (classi e scatti) in relazione alle progressioni economiche medie del pubblico impiego. Sono inquadrati in ruoli diversi:

- ✓ professore di I fascia
- ✓ professore di II fascia
- ✓ ricercatore a tempo indeterminato (ruolo ad esaurimento)
- ✓ assistenti universitari e tecnici laureati (ruoli ad esaurimento)
- ✓ ricercatore a tempo determinato di cui all'art. 24, c. 3, l. b) L. 240/2010: contratti triennali non rinnovabili al termine dei quali è possibile accedere direttamente al ruolo di professore di II fascia, se in possesso dell'Abilitazione Scientifica Nazionale, e a seguito di valutazione

- positiva dell'Ateneo (la dote economica per il passaggio è già presente all'atto dell'assunzione)
- ✓ ricercatore a tempo determinato di cui all'art. 24, co. 3, l. a) Legge 240 del 2010. Si tratta di contratti della durata di 3 anni, rinnovabili per ulteriori due 2 anni. Se non diventa professore, il contratto cessa
 - ✓ professore straordinario a tempo determinato (art.1, co. 12 della L. 230/2005). Si tratta di un professore di I o II fascia con contratto di 3 anni rinnovabile per ulteriori 3 anni, finanziato da soggetti esterni per attività di ricerca (anche le stesse aziende sanitarie, sia pubbliche che private) con una fideiussione bancaria (in genere pari alla retribuzione lorda per 10/15 annualità) perché il professore da straordinario – se valutato positivamente - può diventare ordinario e quindi il suo contratto si trasforma a tempo indeterminato ed il finanziamento esterno copre anche questa eventualità fino al suo pensionamento. Questa opportunità viene sfruttata da imprenditori di sanità privata per convenzionarsi con le Università.

La norma di riferimento che disciplina i rapporti SSN/Università è il **D.lgs 517/99**: in esso è previsto – tra l'altro - che ai professori di I fascia **sia garantita** l'attribuzione di una struttura semplice o complessa o di un *“programma assistenziale”* non meglio definito *“assimilato a struttura semplice o complessa”*. **Tali incarichi non prevedono selezioni** né l'acquisizione (anche a posteriori) dell'attestato di formazione manageriale, **ma solo l'intesa tra Rettore e Direttore Generale**. Analoghe possibilità (**ma non garanzie**) sono previste per i professori di II fascia.

Vi è molta elasticità e libertà negli orari di lavoro, disciplinati da norme che variano da ateneo ad ateneo, facoltà garantita anche dalla Costituzione. Le assunzioni sono soggette a vincoli di spesa, ma come già detto, tali vincoli possono essere superati ricorrendo a finanziamenti “esterni”.

Il **DM 445 del 6/5/22** – *“Piani straordinari di reclutamento personale universitario 2022-2026”* – permetterà di assumere nel quadriennio - oltre i tetti di spesa - personale appartenente a tutti i ruoli (docente, non docente e tecnico amministrativo) per complessivi **740 milioni di euro**. I criteri in base ai quali fare le assunzioni sono definiti nel Decreto Ministeriale, ma i profili saranno definiti dai singoli Atenei: è verosimile quindi a breve l'immissione nel SSN di un numero consistente di docenti di area sanitaria.

ANALISI DI CONTESTO

Da quanto su detto, è facile comprendere come le diversità su descritte siano difficilmente armonizzabili. A ciò si aggiunge la presenza di ulteriori norme succedutesi nel tempo che disciplinano i rapporti tra SSN ed Università. Tali disposizioni (contenute in provvedimenti di diversa fonte e gerarchia normativa) sono scritte in un linguaggio generico e piuttosto confuso, non sono state soggette negli anni a sostanziali - e necessari - aggiornamenti e i dettagli applicativi (anche a seguito della riforma del titolo V della Costituzione) sono stati demandati ad atti convenzionali tra Regioni ed Università (Protocolli d'intesa) variegati e diversi nelle varie realtà, ma con l'elemento comune di essere fortemente sbilanciati a favore dell'Università.

L'altro elemento comune dei diversi protocolli è l'utilizzo della didattica come *“passepartout”* per l'accesso del personale universitario nelle strutture assistenziali SSN, e con ruoli preminenti.

PRINCIPALI CRITICITÀ E SOLUZIONI IPOTIZZABILI

Nota metodologica

A seconda delle criticità evidenziate, sono proposte diverse soluzioni: da una proposta di modifica delle leggi nazionali a quelle finalizzate ad attuare le disposizioni e le possibilità già concesse dalle leggi esistenti.

La prima soluzione sarebbe maggiormente risolutiva, e necessita di un forte mandato da parte della nostra Associazione. Sarebbe auspicabile far leva sugli aspetti economici e sugli sprechi derivanti

da una cattiva gestione della materia evidenziando altresì i vantaggi di soluzioni condivise. Al fine di proporre le ipotetiche modifiche legislative, la commissione necessita di un esplicito mandato dell'Associazione anche in ragione del raccordo e del necessario confronto con l'Ufficio Legislativo. La soluzione più immediata richiede certamente una formazione specifica dei quadri sindacali e molto impegno a livello decentrato.

Punto 1: problematiche relative ai rapporti tra dirigenza SSN e personale docente universitario

Problematiche generali:

Mancata programmazione /disomogeneità tra specialità e settori scientifici disciplinari

A livello regionale l'assunzione da parte dell'Università è spesso svincolata dalla programmazione regionale. Viene privilegiata l'assunzione di docenti necessari all'apertura od al mantenimento delle scuole di specializzazione (anche se le reti formative funzionassero e non fossero costantemente boicottate non vi sarebbe questa necessità).

Il problema si è acuito con la recente riforma dei Settori scientifici disciplinari (SSD), all'interno dei quali sono state messe insieme specialità disomogenee. In teoria si potrebbe verificare il caso che un professore ordinario la cui specializzazione è nefrologia, venga messo a dirigere un reparto di gastroenterologia; sul versante universitario, che un chirurgo generale (o perfino un geriatra!) diriga la scuola di specializzazione in cardiocirurgia.

In campo universitario infatti, il "grado" prevale sulla funzione.

Partecipazione della Università ai risultati di gestione dell'Azienda.

Il ruolo particolarmente significativo svolto dall'Università nell'andamento delle aziende integrate (nomina DG – nomina dei Direttori dei DAI – parere sulle programmazioni aziendali – direzione di strutture complesse – potestà di procedere autonomamente al reclutamento del personale etc.) richiede che la dichiarata corresponsabilizzazione sui risultati di gestione economico-finanziari sia configurata in modo preciso nelle sue modalità di realizzazione con uno specifico intervento normativo per l'allocazione delle responsabilità delle istituzioni che concorrono all'Azienda integrata, partendo dall'art. 10 del DPCM 2001 e da alcuni protocolli Regione-Università, che prevedono che, in caso di risultati negativi di gestione, Regione ed Università concordino appositi piani poliennali di rientro.

Superamento delle difformità economiche e delle disuguaglianze da stato giuridico del personale universitario e del personale del Servizio sanitario Regionale.

A parità di attività di assistenza, didattica e ricerca si devono assicurare a tutti i professionisti gli stessi diritti, la stessa dignità e la stessa remunerazione, a prescindere dall'istituzione di appartenenza, pur nel rispetto delle specifiche autonomie gestionali e amministrative delle due istituzioni.

La clinicizzazione

Il fenomeno della "clinicizzazione", consiste nel passaggio di strutture a direzione SSN in strutture a direzione universitaria – non solo all'interno delle aziende miste di riferimento, ma anche al di fuori di esse - senza che a tal fine Regione e Università siano chiamate a giustificare e comprovare l'esistenza dei requisiti di "indispensabilità", di "essenzialità" e di presenza di personale universitario ai fini dell'attività didattica che la fonte normativa gerarchicamente superiore imporrebbe.

Un caso particolare di clinicizzazione è il passaggio del direttore di struttura complessa dai ruoli ospedalieri a quelli universitari, portandosi in dote l'intera struttura.

Le commissioni di concorso

Nelle commissioni di concorso per docenti universitari, sono presenti esclusivamente docenti universitari.

Nelle commissioni di concorso per personale SSN (sia per i dirigenti che per i direttori di struttura complessa) spesso sono presenti docenti universitari, anche se le norme non lo prevedrebbero.

Proposte d'incarico e selezioni nelle aziende miste

Nelle aziende miste, spesso sono i direttori universitari a proporre gli incarichi per gli ospedalieri e ad essere presenti nelle commissioni di selezione. Difficilmente accade il contrario.

Le Aziende ospedaliero-universitarie e le "altre" –

I Protocolli d'intesa Regione/Università –

Gli statuti (o "atti") aziendali

Criticità: le norme di riferimento (*d.lgs. 517/1999, DPCM 24 maggio 2001 "decreto Amato"*) sono sbilanciate a favore dell'Università, datate e di difficile (o mancata) applicazione.

Alcune regioni hanno impugnato il "Decreto Amato": la Corte Costituzionale (sentenza n. 329/2003) ha ritenuto che a seguito della riforma del titolo V della Costituzione - *"E' pertanto evidente che lo Stato non ha più il potere di emanare una atto quale quello oggetto del presente giudizio"*

La confusione normativa favorisce manovre *"ad hoc"* (vedi le ultime disposizioni di legge in tema di sgravi fiscali ai policlinici universitari statali e non statali, nella manovra finanziaria prorogati al 2027, per un totale di oltre 70 milioni di euro) e si presta a legittimare tutto ed il contrario di tutto, confermando la verità dell'aforisma che descrive l'Italia come il paese *"del diritto ... e del rovescio."*

Proposte:

- Semplificare e rendere più chiare e trasparenti le norme che regolano la costituzione delle aziende ospedaliero-universitarie ed i rapporti tra queste, le aziende territoriali, gli IRCCS, i privati e gli istituti religiosi
- Abrogare la norma che prevede il parere del Rettore sulla nomina del Direttore Generale delle Aziende miste
- abrogare la norma che prevede il parere del Rettore sulla nomina del Presidente dell'organo d'indirizzo
- Rivedere la composizione del collegio sindacale e soprattutto dell'organo d'indirizzo (su questo si può agire anche nei protocolli d'intesa regionali)
- Istituire il ruolo unico dei dirigenti sanitari delle aziende ospedaliero-universitarie
- Presidiare e contestare l'automatismo Professore di I fascia = Direttore di struttura complessa
- Abrogare il parere del Rettore sulla revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa
- Definire con più chiarezza il "quantum" dovuto agli universitari per l'attività assistenziale
- Definire con chiarezza il loro debito orario assistenziale: a tal proposito potrebbe essere formulata la proposta di un orario di lavoro unico, omnicomprensivo e in base ai piani di lavoro concordati sia per ospedalieri che universitari.
- Definire con più chiarezza l'esclusività/non esclusività di rapporto e la relazione di tale scelta con l'orario di lavoro (tempo pieno o parziale) universitario

Definire in maggior dettaglio e chiarezza le modalità di partecipazione economica dell'Università ai risultati di gestione delle aziende miste (soprattutto in relazione ai risultati negativi)

Proposta alternativa (e provocatoria!): Tornare alle aziende ospedaliere ed ai Policlinici a gestione diretta esclusivamente universitari. Questi ultimi con un monitoraggio stretto delle spese per evitare di ripetere i disastri del passato (vedi Policlinico Umberto I°)

Criticità: Esaurito il quadriennio di sperimentazione previsto dal 517/99 (e quindi nel 2003/2004), ci sarebbero dovute essere solo “Aziende ospedaliero-universitarie”, non più “*Policlinici a gestione diretta*” o “*Aziende ospedaliere integrate con l’Università*”.

Una recente ricerca dell’Università della Calabria ha censito **30 Aziende Ospedaliere Universitarie** costituite e funzionanti in Italia “*ma di alcune di loro non sono ancora chiare le caratteristiche ordinamentali e costitutive, con la perdurante esistenza anche di sedicenti aziende ospedaliere universitarie, che tali non sono mai state formalmente riconosciute*”
(*Quotidiano Sanità* – 31/12/2022 – 16/1/2023)

Proposta: Chiedere con forza al Ministero della Salute ed alla Conferenza delle Regioni – nell’ottica della trasparenza - una verifica degli atti fondativi delle Aziende miste esistenti e di quelle costituenti, ivi compresa la presenza dei requisiti organizzativi previsti dalle leggi.

Criticità: In alcune Regioni sono in fase avanzata progetti di fusione tra aziende ospedaliero-universitarie e territoriali, creando i presupposti per ampliare le clinicizzazioni al di fuori delle aziende di riferimento

Proposte: Presidio degli organismi che definiscono i protocolli d’intesa regionali.

In molte regioni, nelle Commissioni non è prevista una forma di rappresentanza della dirigenza SSN ed i protocolli vengono definiti dalla regione e dai Rettori. In essi vengono inserite clausole e norme che ampliano ed estendono le prerogative universitarie. Attualmente né le regioni, né i direttori generali delle aziende miste hanno contezza della programmazione delle assunzioni da parte delle scuole di medicina né le concordano con l’Università in base ai fabbisogni assistenziali, come prescrive la legge. Le scarse informazioni sulle reti formative, di fatto non permettono di valutare se le strutture che ne fanno parte soddisfino i requisiti previsti dalla legge.

Si potrebbe ipotizzare l’istituzione di commissioni paritetiche con rappresentanti SSN eletti dai dirigenti sanitari SSN (ricordarsi che anche il Rettore è eletto – esistono precedenti: **Regione Toscana** – L.R. 40/2005 articolo 13, commi 4,5 – **Regione Umbria, Regione Lombardia**).

Fondamentale definire per ogni struttura universitaria: le soglie operative, i volumi di attività, gli esiti, la consistenza numerica del personale universitario presente in esse in rapporto a quello ospedaliero; superare la logica desueta dei 3 posti letto per ogni iscritto al 1° anno della facoltà di medicina del decreto Amato (oggi ne sarebbero necessari circa 45.000) facendo riferimento alla sentenza della Consulta.

Definizione puntuale ed aggiornata delle reti formative, presidiandole sia a questo livello che negli Osservatori regionali sulla formazione (denunciando comportamenti elusivi od ostantivi a questo livello), ricordandosi che non è necessario che le strutture che ne fanno parte siano a direzione universitaria

Criticità: molti atti aziendali – a cascata e seguendo le logiche già descritte – mostrano lo stesso criticità degli atti sovraordinati (vedi relazione della Camera dei deputati, allegato n. 1)

Proposta: presidio analogo a quello previsto per i protocolli d’intesa.

Criticità: la legge prescrive che qualora l'organizzazione interna che preveda Dipartimenti Assistenziali Integrati (DAI: integrano assistenza-didattica-ricerca), per nominarne il Direttore è previsto il parere del Rettore.

Proposta: nell'organizzazione aziendale cercare di proporre anche la presenza di Dipartimenti assistenziali puri, limitando il numero di quelli ad attività integrata

Criticità: nell'attribuzione degli incarichi a livello aziendale è ubiquitaria la notevole sproporzione a favore degli universitari.

Proposta: Chiedere l'applicazione rigorosa di quanto previsto dal d.lgs. 517/99. Rifiutare e denunciare applicazioni estensive sia per quanto riguarda il parere del rettore sull'istituzione delle strutture che sulla nomina dei responsabili. Per quanto attiene la procedura di selezione per l'attribuzione degli incarichi diversi dalla direzione di struttura complessa, introdurre dei **vincoli contrattuali specifici e validi per le aziende miste: quello che appare maggiormente praticabile è la definizione di budget economici separati** (necessariamente teorici, considerato quanto si dirà nel punto successivo) **per gli ospedalieri e gli universitari**, parametrati sulla consistenza in organico dei due ruoli, nel rispetto dei tetti previsti dalle norme. Rimane aperto il problema nelle aziende miste relativamente alle procedure di selezione per l'attribuzione degli incarichi ex. Art. 19, commi 7 ed 8 del vigente CCNL: con le norme vigenti spesso capita che a selezionare ospedalieri siano universitari; molto difficilmente accade il contrario.

Criticità: passaggio del direttore di struttura complessa dai ruoli ospedalieri a quelli universitari, portandosi in dote l'intera struttura. Che diventa doppia se si tratta di un nostro iscritto.

Proposta: prevedere nei protocolli regionali e/o nei regolamenti aziendali per l'attribuzione degli incarichi, che essi cessino in caso di cessazione del rapporto di lavoro con l'azienda (tale è il passaggio nei ruoli universitari). Trattandosi di un atto volontario e non legato a ristrutturazione della pubblica amministrazione, si ritiene non si applichi nello specifico quanto previsto dall'art.31 del Dlgs 165 2001 e s.m.i. (mantenimento del trattamento in godimento). Rimane ovviamente la possibilità che una struttura ospedaliera diventi universitaria a seguito della variazione dell'atto aziendale (ma in questo caso vale quanto detto sul presidio dei protocolli d'intesa). Ricordarsi che una scuola di specializzazione può essere diretta anche da un professore cui è stato attribuito un "programma assistenziale". In alternativa si può agire a valle (cfr. esperienza Lombardia) definendo nei protocolli regionali un tetto massimo alle strutture alle direzioni Universitarie.

Criticità: attribuzione ad un universitario della direzione di una struttura ospedaliera. Sia che ciò avvenga all'interno di un'azienda mista che al di fuori di essa in virtù di convenzioni "ad hoc"

Proposta: Presidio preventivo dei protocolli regionali (cercando di evitare che si ripeta il caso della Puglia, dove è stata messa una norma specifica per permettere questo passaggio o di altre regioni in cui si procede a "fusioni"). Intervenire a valle con ricorsi sulle nomine fatte è molto difficile (difetto di legittimazione del sindacato – difficoltà nel reperimento dei ricorrenti)

Criticità: Estrema variabilità nei criteri con cui si calcola l'indennità "ex De Maria", ora definita dall'art.6 del d.lgs. 517/99

Proposte: Qui ci sarebbe molto da lavorare, anche tenendo presente la Sentenza del Consiglio di Stato 4131/2018 (allegato n. 2) che stabilisce che:

“I docenti universitari in attività assistenziale esclusiva non possono comunque godere di un trattamento economico complessivo superiore a quello del dirigente medico cui siano stati equiparati”.

E ancora:

“L’ indennità di esclusività non può essere considerata aggiuntiva rispetto al trattamento perequativo globale, nel quale, come correttamente ritiene il TAR, essa rientra, a pena di una inammissibile e indebita duplicazione dello stesso tipo di emolumento, come si rileva in sentenza, o di una, ugualmente non consentita, violazione del principio della equiparazione del trattamento economico complessivo tra il personale medico universitario, impegnato in via esclusiva in attività assistenziale, e quello delle USL, di pari qualifica e anzianità, il che si traduce nel criterio di non attribuire ai “medici universitari” un trattamento economico – complessivo – superiore a quello del personale medico ospedaliero al quale i docenti universitari risultino equiparati”.

Quindi si suggerisce di effettuare una verifica sugli stipendi universitari confrontandoli con quelli degli omologhi ospedalieri, e – se in applicazione di accordi locali, si trovassero delle sperequazioni - chiedere le dovute correzioni. Qualora ciò non avvenga, c’è sempre la possibilità della segnalazione alla procura generale regionale della Corte dei Conti.

Criticità: Inclusione tra i beneficiari dell’indennità “*ex De Maria*” di soggetti che non ne hanno titolo.

Proposte: Poiché in alcune realtà, sempre a seguito di accordi locali, si è verificato il caso che tali indennità siano state corrisposte anche a personale tecnico/amministrativo o a laureati in discipline non di ambito medico/sanitario, si suggerisce anche qui di chiedere una verifica ed in caso negativo di procedere come sopra

Criticità: Inclusione tra i beneficiari dell’indennità “*ex De Maria*” di personale assunto dall’Università a tempo determinato finanziato con progetti di ricerca

Proposte: Qui il panorama è molto variegato. Anche se non si può escludere che tali progetti possano prevedere (in virtù di convenzioni ad hoc) anche lo svolgimento di una quota parte di attività assistenziale. Spesso si tratta di personale assunto sulla carta per progetti di ricerca che in realtà vicaria carenze di personale e svolge assistenza a quasi a tempo pieno. Qualora comportamenti simili fossero messi in atto da aziende private, sarebbero oggetto di sanzioni da parte degli enti competenti (INPS ed INAIL soprattutto). Poiché l’indennità *ex De Maria* viene pagata dalle aziende e viene conteggiata nel limite di spesa per il tetto del personale, il suggerimento è di chiederne conto alle aziende ed alla Regione.

In caso di irregolarità, vale quanto già detto.

Criticità: utilizzo in alcune realtà dei fondi contrattuali per il pagamento della “*ex De Maria*”

Proposte: effettuare verifiche puntuali in ogni Regione, se possibile inserire al pari dell’esperienza lombarda, una previsione specifica di separazione dei fondi contrattuali.

Criticità: Congelamento di quote dei fondi contrattuali a seguito del passaggio di personale ospedaliero nei ruoli universitari.

Proposte: la condotta appare illegittima e pertanto è necessario effettuare monitoraggio e verifiche in merito.

Infine, in attesa delle auspiccate modifiche alla legislazione nazionale, si ritiene necessaria un’intensa attività di controllo e verifica in sede decentrata e nelle singole realtà aziendali.

È, pertanto, indispensabile una formazione specifica su questi argomenti: la Commissione suggerisce, pertanto, di prevedere specifici Corsi della Scuola Quadri, mettendo a disposizione le proprie competenze.

Punto 2: problematiche relative alla didattica ed al tutoraggio dei dirigenti SSN nei confronti degli studenti e degli specializzandi, anche in relazione alle assunzioni previste dal Decreto Calabria

Concetto fondamentale: l'attività didattica è una prerogativa del personale SSN riconosciuta dalla legge

Riferimento normativo: Art. 6 co.2 DLGS 502/1992 (Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università)

2. Per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale, le Università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le Università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituti zooprofilattici sperimentali. Ferma restando la disciplina di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 257/1991, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1.

L'esperienza della Lombardia

La Regione Lombardia è quella dove è presente l'esperienza più avanzata in Italia. Sono stati definiti in dettaglio i livelli di autonomia dello specializzando "puro" che potrebbero essere validi anche per lo specializzando assunto col Decreto Calabria. Il concetto dell'intervento dello specializzando con "autonomia vincolata alle direttive ricevute dal tutore" – ripreso nel parere del nostro ufficio legale, allegato n. 3 - trova fondamento giuridico anche nella sentenza della Corte Costituzionale n. 249/2018, pronunciata a seguito del ricorso della Presidenza del Consiglio sulla legge regionale in questione.

Criticità: nel panorama nazionale l'attività didattica del personale SSN difficilmente è regolamentata, formalizzata, riconosciuta e soprattutto retribuita. Se per il personale universitario l'attività di ricerca, didattica ed assistenza è indissolubilmente legata, non si vede il perché non possa essere così per gli ospedalieri, anche se in proporzioni diverse.

Proposte: definire a livello regionale (sia nei protocolli d'intesa che negli osservatori regionali sulla formazione), un documento che disciplina l'attività didattica del personale SSN, non solo nelle aziende miste, ma anche in tutte quelle che fanno parte della rete formativa. Il documento dovrà prevedere una previsione oraria, il riconoscimento ECM ed un riconoscimento economico extra fondi contrattuali al cui finanziamento dovrà partecipare anche l'Università. Si potrebbe ipotizzare anche a tal fine l'utilizzo dei "risparmi" legati alle borse di studio non erogate agli specializzandi assunti col Decreto Calabria? I tutor potrebbero essere individuati a partire dai dirigenti specialisti con diverse prerogative di tutoraggio individuate in dettaglio nei piani formativi concertati tra scuola di specializzazione e direzioni delle aziende interessate, garantendo in ogni caso la formazione e non utilizzando gli specializzandi come "tappabuchi" o amanuensi.

Criticità: manca una definizione chiara dei vari tipi di tutoraggio (individuale, di gruppo, diffuso) e delle modalità con cui esso si debba svolgere

Proposta: verificare l'esistenza di buone pratiche nelle varie regioni. Una che può essere presa in esame è quella risalente ai primi anni 2000 dell'azienda mista di Firenze- Careggi.

Criticità: in caso di tutoraggio ad uno specializzando, chi è e dove sta il tutore? N. B. la norma di riferimento è l'art.38 del Dlgs 368/1999 che prescrive tra l'altro che: *"In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo"*.

Proposte: pur considerando che la 368/99 (soprattutto dopo la pandemia) dovrebbe essere profondamente rivista (giacciono in parlamento un paio di disegni di legge delle legislature passate che meriterebbero comunque una riflessione), e l'esperienza della Lombardia, si ritiene al momento che nel caso specifico il tutor debba essere in ospedale e prontamente disponibile e confermato anche dalla Sentenza della Corte di Cassazione n. 26311 del 2019 secondo cui *"lo specializzando non 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 in un'attività svolta sotto le direttive del tutore; ma tale autonomia, seppur vincolata, non può che ricondurre allo specializzando le attività da lui compiute"*.

Criticità: in caso di specializzando assunto col Decreto Calabria, per quanto attiene il tutoraggio, cambia qualcosa?

Proposte: vedi il parere del nostro servizio legale (allegato n. 3) sulla variazione dello status giuridico dello specializzando assunto e sulla certificazione dei livelli di autonomia del medico in formazione specialistica. **È altamente auspicabile che i concetti espressi nell'elaborato trovino una collocazione nel CCNL.**

Criticità: I dati della recente nostra indagine dimostrano che circa il 20% delle borse di studio degli ultimi 2 anni non sono state erogate o sono state abbandonate. Del pari non sono erogate le borse di studio degli specializzandi assunti col Decreto Calabria. Che fine fanno questi soldi? La borsa rientra al ministero e viene utilizzata a rifinanziare le borse dell'anno successivo? Viene incamerata dall'Università?

Proposte: valutare la possibilità che le borse siano riattribuite agli aspiranti specializzandi rimasti esclusi; valutare l'utilizzo delle borse degli specializzandi assunti per finanziare l'attività didattica del personale SSN

Criticità: Scarsa operatività degli osservatori regionali sulla formazione specialistica e sistematico non rispetto di norme relative al monte ore settimanale, alla fruizione di ferie e malattie, alla rotazione tra le strutture della rete formativa.

Proposte: Presidiare nei protocolli d'intesa (e se possibile a monte – nelle leggi sanitarie regionali) la loro composizione **che deve essere paritetica** ed i criteri di selezione dei componenti. Anche in questo caso può considerarsi un valido precedente la sentenza al riguardo emessa a seguito di un ricorso effettuato dalla nostra segreteria regionale lombarda. Presidiare la loro funzionalità denunciando ogni tentativo di ostacolo ad essa. Presidiare il rispetto delle norme relative agli istituti su orario di lavoro (in particolare monte ore settimanale), su fruizione di ferie e malattie, su rotazione tra le strutture della rete formativa.

Criticità: Mancata stipula di convenzioni per assunzioni ex Decreto Calabria extra rete formativa

Proposta: Presidiare l'applicazione dell'Accordo Quadro Nazionale (G.U. 20.4.22) offrendo tutela sindacale ed eventualmente legale agli specializzandi. Previsione di una modifica dell'Accordo stesso.

Criticità: La carenza di specializzandi medici in alcune branche e la pari dignità contrattuale, retributiva e formativa negata agli specializzandi non medici. I recenti dati diffusi dall'ANAAO ASSOMED in merito all'entità di contratti di specializzazione medica non assegnati e persi negli ultimi due concorsi nazionali (2021 e 2022) mettono ancor di più in evidenza la grave carenza di futuri specialisti nelle branche specialistiche di Patologia Clinica e Biochimica Clinica, Microbiologia e Virologia, Tossicologia e Farmacologia Clinica. **Su 1.004 contratti** statali stanziati per le sopraccitate specialità, **ben 710 sono stati non assegnati o abbandonati**. Tutto ciò parallelamente ad una situazione pluridecennale in cui migliaia di specializzandi laureati in biologia, chimica, veterinaria, fisica e psicologia (i cosiddetti "specializzandi non medici") svolgono il percorso formativo senza percepire nessuna borsa di specializzazione. Nonostante sia in vigore il D.Lgs. n.401 del 2000 "*Norme sull'organizzazione e sul personale del settore sanitario*", gli specializzandi non medici svolgono la loro formazione in maniera totalmente gratuita, mortificando la loro professionalità e competenza, un unicum europeo. Essi, nonostante l'ingente tassazione versata all'Università, usufruiscono di una formazione molto spesso non di qualità, nonostante l'obbligo di frequenza a tempo pieno durante il percorso post-laurea per le attività teorico-pratiche e senza alcun organismo nazionale e regionale di controllo e monitoraggio dell'effettiva formazione erogata. Infine, l'accesso a tali specializzazioni avviene mediante concorsi banditi dalle singole Università, in maniera asincrona e con modalità di svolgimento non omogenee ed in barba alla programmazione triennale di figure specialistiche come sancito dal sopraccitato Decreto Legge.

Proposte: Occorre un duplice intervento: ottimizzare il panorama delle specializzazioni non mediche, tra cui quelle sopramenzionate, e dare dignità contrattuale, retributiva e formativa agli specializzandi non medici in tutte le discipline che li vedono coinvolti. Essi devono ricevere, alla pari dei loro colleghi medici, un contratto di specializzazione retribuito, una formazione certificata e monitorata da un Osservatorio Nazionale delle specializzazioni sanitarie e devono essere attribuite con un concorso nazionale, con regole certe e meritocratiche. Lo stesso Ministro della Salute Schillaci e solo pochi giorni fa, ha dichiarato in Senato che occorre, per una piena equiparazione dei diversi professionisti, "*l'individuazione delle risorse necessarie per la copertura degli oneri derivanti dal finanziamento dei contratti di specializzazione da assegnare anche ai predetti professionisti*". Tutto ciò deve avvenire in tempi brevi.

Per contrastare poi il problema dei numerosi contratti di formazione medica specialistica non assegnati e persi nelle scuole di specializzazione in Patologia Clinica e Biochimica Clinica, Microbiologia e Virologia, Tossicologia e Farmacologia Clinica, occorre inoltre attuare una serie di iniziative parlamentari per aumentarne l'appeal e contrastare l'attuale disaffezione. In uno scenario in cui le branche specialistiche che danno la possibilità di lavorare nel settore privato sono quelle maggiormente ambite e di conseguenza scelte nei concorsi di specializzazione, non si può pensare di rassegnarsi all'estinzione dello specialista medico nelle sopraccitate branche, essendo una figura di fondamentale importanza che da decenni lavora al fianco dei dirigenti sanitari. In tali branche specialistiche vi sono troppe equipollenze ed affinità monodirezionali che non riescono a stare al passo con la sanità del XXI° secolo che vede sempre più integrazione tra la medicina diagnostico-ambulatoriale e la medicina dei servizi, con una medicina territoriale, attualmente pressoché inesistente, in cui tali specialisti possono e devono dare un contributo significativo.