

Proposta di articolato per il disegno di legge delega ex art. 22 Patto per la Salute

1. Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze, anche mediante la valorizzazione delle risorse professionali ed umane del Servizio Sanitario Nazionale, nonché del sistema sanitario nazionale nel suo complesso e comunque l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie, il Governo, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della funzione pubblica ed il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è delegato ad emanare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) disciplinare la formazione specialistica dei medici prevedendo:

1. l'istituzione della rete formativa regionale costituita sia da strutture universitarie sia da strutture ospedaliere e strutture territoriali del SSN, che abbiano ottenuto l'accreditamento per la formazione specialistica **sulla base di criteri condivisi tra MIUR, Ministero della Salute e Regioni e Province Autonome;**

2. la revisione del sistema di accreditamento di cui all'articolo 43 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, **prevedendo quali ulteriori criteri di accreditamento il volume complessivo delle attività, la complessità della casistica e il livello tecnologico delle strutture,** la revisione della composizione dell'osservatorio nazionale della formazione medica-specialistica, assicurando la componente regionale in presenza paritaria, al fine di garantire una maggiore qualità della formazione specialistica, nonché l'estromissione dalla rete formativa regionale delle strutture di cui al punto 1, per le quali siano venuti meno i requisiti di accreditamento;

3. la revisione della composizione e dell'organizzazione dell'osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica, previsto dall'art. 44 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, assicurando una adeguata rappresentanza della regione;

4. le modalità dell'inserimento dei medici specializzandi all'interno **di tutte le** strutture di cui al punto 1, ~~in coerenza con le finalità formative della Scuola di specializzazione e sotto la supervisione della stessa, con graduale assunzione di responsabilità assistenziale. La valutazione finale del medico in formazione specialistica resta di competenza della scuola di specializzazione;~~ **secondo i seguenti principi:**

i) **rispetto del criterio di rotazione;**

ii) **coerenza con gli obiettivi definiti dagli ordinamenti didattici dei relativi corsi di specializzazione e di formazione e le peculiarità cliniche di ciascuna disciplina, con graduale assunzione di responsabilità assistenziale ed acquisizione di conoscenze e competenze di progressiva complessità fino alla completa autonomia professionale;**

iii) **affiancamento del medico specializzando, e formando, per tutta la durata della formazione specialistica, da parte di un medico specialista nella medesima disciplina, o di un medico formato, con incarico di tutor;**

iv) valutazione finale del medico in formazione specialistica e di medicina generale affidata alla Scuola di specializzazione, tenendo conto delle valutazioni e certificazioni formulate nelle strutture ove ha avuto luogo la formazione pratica.

5. la possibilità, per favorire la conciliazione tra lavoro ed esigenze familiari e per un periodo non superiore a 12 mesi, di consentire al medico specializzando la frequenza con impegno orario ridotto, con successivo recupero delle attività formative non svolte. Nel corso di tale periodo il trattamento economico viene proporzionalmente ridotto;

6. la possibilità per le regioni, anche in piano di rientro, e le province autonome di finanziare, contratti di formazione specialistica aggiuntivi di cui al decreto legislativo n. 368 del 1999 per le reti formative regionali/provinciali;

7. la possibilità per le regioni di apporre apposite clausole ai contratti di formazione specialistica aggiuntivi, compatibili con la normativa vigente;

8. il possesso del diploma di specializzazione in “medicina di comunità e cure primarie” per l’esercizio dell’attività di medico di medicina generale nell’ambito del Servizio Sanitario nazionale.

La formazione specialistica in “medicina di comunità e cure primarie” avviene con l’apporto delle Regioni/Province autonome. A tal fine, con un accordo da adottarsi in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è ridefinito l’ordinamento didattico, la durata, i criteri e gli standard per l’accreditamento delle strutture che costituiranno la rete formativa della scuola di specializzazione, nonché le modalità per la valorizzazione e l’inclusione nel processo formativo del patrimonio esperienziale delle scuole regionali in medicina generale.

Appositi protocolli d’intesa tra Regioni/Province autonome e Università disciplinano le modalità del rapporto di collaborazione per la formazione specialistica dei medici di medicina generale.

Ferma restando la specificità della formazione specialistica in “medicina di comunità e cure primarie”, ad essa si applicano le disposizioni previste dagli artt. 34 e ss. del d.lgs 368/99 s.m.i.

b) disciplinare, fermo restando quanto previsto per il personale dirigenziale dall’articolo 15 del decreto legislativo 502 del 1992 e s.m.i. e dalla relativa disciplina concorsuale, l’accesso del personale medico al Servizio Sanitario Nazionale ed il relativo stato giuridico, prevedendo:

1. il titolo di formazione di base e l’abilitazione all’esercizio della relativa professione quali requisiti di accesso;
2. l’inquadramento a tempo indeterminato in categoria non dirigenziale nell’ambito del contratto di area IV, con percorsi di carriera e livelli retributivi determinati dal CCNL;
3. l’apposita disciplina concorsuale;
4. l’inserimento nell’azienda per lo svolgimento di attività medico-chirurgiche di supporto con autonomia vincolata alle direttive ricevute, in coerenza con il grado di conoscenze, competenze ed abilità acquisite, secondo quanto previsto delle disposizioni della Contrattazione collettiva ~~di settore~~. Le relative assunzioni dovranno avvenire ad invarianza del costo complessivo della dotazione organica aziendale **ed entro un limite massimo fissato a livello nazionale**;
5. l’accesso di tali professionisti, per esigenze del SSR, in soprannumero, ad una scuola di specializzazione;
6. protocolli d’intesa tra Regione ed Università che disciplinino il numero di accessi, le modalità di frequenza del corso, lo svolgimento presso la sede universitaria per la parte teorica e presso

l'azienda di appartenenza per la parte pratica, qualora detta azienda faccia parte della rete formativa regionale di cui all'articolo 35 e ss. del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e s.m., o presso aziende facenti parte della suddetta rete formativa presenti nella stessa Regione o in Regioni viciniori;

7. la possibilità per i predetti professionisti di accedere, una volta acquisita la specializzazione, ai concorsi per il personale dirigenziale di cui all'articolo 15 del decreto legislativo n. 502 del 1992;

c) disciplinare lo sviluppo professionale di carriera della dirigenza, introducendo misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle risorse umane, definendo e differenziando all'interno della dirigenza medica e sanitaria percorsi di natura gestionale e percorsi di natura professionale, prevedendo:

1. l'intercambiabilità dei due percorsi di carriera;
2. trattamenti di retribuzione complessivi equivalenti;
3. l'implementazione dei sistemi di valutazione delle competenze professionali e manageriali acquisite;

d) prevedere l'individuazione, d'intesa tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano e sentite le OO.SS. di categoria, di una metodologia di determinazione del fabbisogno degli operatori dell'area sanitaria, a livello regionale e nazionale, afferente al sistema pubblico e privato, valorizzando iniziative promosse dalla comunità europea. L'espressione del fabbisogno degli operatori da parte di ogni Regione e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano avviene tenendo conto anche degli standard di cui alla lettera successiva;

e) disciplinare l'obbligo per le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano di definire e adeguare, d'intesa con il Ministero della Salute e sentite le OO.SS. di categoria, standard di personale ospedaliero e territoriale tenendo conto:

1. di parametri qualitativi e di efficienza di utilizzo delle risorse umane;
2. degli obiettivi e dei livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
3. delle reti di offerta territoriali ed ospedaliere e del loro sviluppo, così come determinate, in particolare, ai sensi dell'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158 convertito, con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
4. dei cambiamenti della domanda di salute, legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche;
5. della evoluzione tecnologica;
6. dello sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari;

f) individuare, al fine di assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza delle cure, specifiche misure per la stabilizzazione del personale precario, attraverso procedure concorsuali, anche

tenendo conto della riorganizzazione della rete dei servizi, con particolare riferimento al personale medico dei servizi di emergenza e urgenza.