



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori CANTÙ, MARTI, ROMEO, MURELLI, MINASI, PAGANELLA, CENTINAIO, BONGIORNO, GARAVAGLIA, BIZZOTTO, BERGESIO, BORGHESI, Claudio BORGHI, CANTALAMESSA, DREOSTO, GERMANÀ, PIROVANO, POTENTI, PUCCIARELLI, SPELGATTI, STEFANI, TESTOR, TOSATO, TERNULLO, SILVESTRO, ROSSO, MANCINI, SATTA, BUCALO, MARCHESCHI e OCCHIUTO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 27 LUGLIO 2023

Disposizioni in materia di innovazione ed evoluzione dei contratti di formazione medico-specialistica e per la valorizzazione dei ricercatori sanitari

ONOREVOLI SENATORI. – La limitata disponibilità finanziaria sommata a sprechi e ad una imprecisa programmazione ha contribuito ad una riduzione progressiva di medici in moltissime discipline. Inoltre, il collocamento a riposo di molti specialisti nel breve periodo potrebbe aggravare ulteriormente la situazione già compromessa, con enormi difficoltà per il prosieguo delle attività ordinarie, per cui si rende necessaria un'azione correttiva immediata. Se infatti dobbiamo misurarci con l'inespandibilità della spesa sanitaria oltre quanto già previsto nel recente Documento di economia e finanza che, peraltro ha sancito un consolidamento tendenziale a ben 140 miliardi di euro per il 2026, altrettanto vero è che dobbiamo implementare soluzioni innovative anche per quanto riguarda la formazione digitale con i fondi della Missione 6 (Salute) del PNRR, introducendo meccanismi regolatori che affrontano i problemi percorrendo strade diverse da quelle che li hanno generati, vale a dire agendo virtuosamente e correttivamente in tutti i segmenti della medicina così da liberare risorse da dedicare specificamente sulla base dei principi di appropriatezza, congruenza e prevenzione proattiva alla tutela predittiva del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, muovendo da una revisione programmatica dell'investimento nel capitale umano sanitario, preconditione ordinamentale di una autentica salvaguardia di livelli essenziali di assistenza aggiornati e sostenibili nel futuro.

Le nuove tecnologie alle quali addestrare gli specializzandi potranno contribuire in modo significativo alla correzione delle debolezze del sistema, consentendo di rilanciare la professione medica sia in ospedale

che sul territorio con azioni e misure motivazionali e professionalizzanti effettivamente mirate a rendere nuovamente attrattiva la professione per le giovani leve a partire dall'ingresso – incentivato anche economicamente – nei percorsi di formazione specialistica e per tutti gli anni, contrattualizzabili in chiave evoluta e integrata con rilevanza curriculare, per accedere celermente ai ruoli del Servizio sanitario nazionale (SSN), ma *medio tempore* con specifico riconoscimento di quanto svolto nelle attività assistenziali, in una logica di forte responsabilizzazione e coinvolgimento proattivo nella crescita e nella formazione specialistica, anche rispetto alle nuove sfide da affrontare per promuovere conoscenze e competenze tecnologico-digitali.

Per arrivare ad una sanità davvero universalistica, equiaccessibile e sostenibile nel tempo è necessario disporre di medici e operatori molto preparati, su cui occorre collocare risorse in chiave organicamente strutturale, con competenze tecnologiche avanzate e valorizzare la didattica e la ricerca traslazionale, al fine di creare le condizioni sostanziali rispetto alle effettive necessità di personale formato, strumentali all'attuazione delle nuove regole di ingaggio in prevenzione e appropriatezza, con un adeguato ricambio generazionale di professionisti specializzati, sufficiente a colmare le carenze messe in evidenza soprattutto con la pandemia. A queste esigenze il presente disegno di legge fornisce puntuali soluzioni che rafforzano il già importante ampliamento delle borse di studio finalizzate alle specializzazioni mediche ben sostenute dal Governo. Il tutto in una rete universitaria formativa il cui potenziale viene concretamente amplifi-

cato aprendosi, per le attività assistenziali in apprendimento, a tutte le strutture pubbliche e private convenzionate con il SSN, secondo le regole dell'accreditamento istituzionale per le esigenze assistenziali e di ricerca biomedica. A tal fine si intende promuovere il coinvolgimento attivo nella rete delle specialità, a mezzo di precisa indicazione normativa, anche degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), quali incubatori di ricerca e di conoscenza clinica e formazione, nel programma di implementazione dei possibili centri di *Second Opinion* specialistico da strutturare in modo completo e integrato per singole aree di patologia. Inoltre, alla luce di quanto disposto dalla legge 10 febbraio 2020, n. 10, occorre prevedere la partecipazione dei centri di riferimento per la conservazione e l'utilizzazione dei corpi dei defunti, al fine di effettuare attività di formazione da parte degli specializzandi direttamente sul cadavere, per effettuare precipue procedure mediche e chirurgiche volte a integrare il bagaglio esperienziale degli specializzandi, nonché la partecipazione dei centri di robotica nell'ottica di un'evoluzione dei corsi di specializzazione medica anche in chirurgia robotica.

Ciò, anche grazie alle opportunità offerte dal modello *Virtual Hospital*, favorendone la caratterizzazione della *mission*, generale e specifica, in base a strumenti di conoscenza clinica di secondo livello, così da sviluppare la formazione interdisciplinare anche mediante tecnologie digitali e di teleconsulto che consentano agli specializzandi esperienze (virtuali e simulate) in strutture ad alta specializzazione. L'orizzonte cui tendere, l'unico che pare possibile per assicurare la sostenibilità del nostro sistema universalistico, deve riorientarsi puntando su innovazione e ricerca applicata prioritariamente finalizzata al potenziamento della capacità di intervento risolutivo in fase di prevenzione prima ancora che di cura, agendo tramite la digitalizzazione dei processi es-

senziali per sburocratizzare e semplificare in modo consistente le attività di rilevazione e tracciamento degli impieghi e degli esiti e con la messa a regime del fascicolo sanitario elettronico nel nuovo sistema dei dati sanitari, consentendo ai medici, in ospedale e sul territorio, di dedicarsi in via pressoché esclusiva alla presa in carico dei bisogni e non alle attività amministrative, per concentrarsi, dunque, sulla semeiotica e sulla cura tempestiva con conseguente impatto virtuoso in termini di razionalizzazione e riqualificazione della spesa. Inoltre, occorre ripensare il comparto amministrativo, nel merito e nel metodo, anche grazie a tecniche di ingegneria gestionale per cogliere tutte le opportunità e implementare accorgimenti di razionalizzazione negli approvvigionamenti e nelle forniture, compresa l'automazione. Occorre inoltre provare a ridefinire le specifiche delle forniture ospedaliere consolidate anche di tipo medicale, evolvendo nell'efficiamento appropriato dei costi delle attività assistenziali, con oculatezza e sano pragmatismo, per far evolvere, in modo esemplare, la comunità dei professionisti tanto nelle strutture sanitarie che socio-sanitarie di sistema e acquistare ciò che serve e quando serve, nell'intento di fare un passo in avanti nel contrasto alla spesa non necessaria e di liberare risorse là dove si sprecano direttamente o indirettamente e immetterle nel circuito per dare di più costando di meno. Un esempio per tutti in tema di specifiche del gas medicale con i consumi significativi nel nostro sistema e di rischi connessi sia per la catena dell'approvvigionamento che per possibili incidenti durante il trasporto, prendendo in seria considerazione l'installazione di concentratori di ossigeno, che consentano di arrivare a purezze del 93-95 per cento da calibrare secondo necessità con risparmi valutabili intorno al 30 per cento eliminando rischi di carenze e di *stock*. La farmacopea europea e quindi quella italiana hanno da tempo autorizzato l'utilizzo dell'ossigeno al

93 per cento, più che sufficiente in condizioni di sicurezza e appropriatezza clinica, salvo poche e circoscritte fattispecie ottenibile *on site* attraverso un concentratore che ospedali e strutture sede di residenza sanitaria assistenziale (RSA) di una certa dimensione dovrebbero poter acquistare con fondi del PNRR riorientati virtuosamente nella riprogettazione, finalizzando le risorse destinate all'acquisto di ossigeno medicale al 99 per cento ad altre utilità. Questo è solo un esempio, per far riflettere sulla necessità strategica di sostenere e promuovere legislativamente questo cambio di paradigma anche nell'aggiornamento della programmazione della didattica e della formazione specialistica sui fondamentali di appropriato impiego delle risorse disponibili quale patto etico di corresponsabilità fra amministrativi e professionisti a supporto delle attività cliniche e di ricerca, specie traslazionale. Inoltre occorre legittimare un segmento qualificato di alti ricercatori alla dirigenza al pari dei medici specialisti e agire nella direzione dell'innalzamento delle competenze e della responsabilità individuale e aziendale incidendo in tutte quelle dinamiche anche organizzative che disperdono consapevolmente o inconsapevolmente risorse in rivoli che deprivano la nostra capacità di rispondere in maniera equiaccessibile e tempestiva ai bisogni di salute dei cittadini. Da qui la necessità di riprogrammare le specializzazioni in cultura e vocazione al cambiamento con valorizzazioni economiche « attrattivizzanti ». Questo per dire che la visione normativa che ci ispira prevede anche che il necessario potenziamento di medici occorrenti nelle diverse specializzazioni passi attraverso un importante incremento di fondi finalizzati ad aggiornare i compensi dei formandi, facendo sì che già dalla prima fase implementativa, grazie a un celere *iter* approvativo e dunque a partire dal prossimo esercizio, sia sostanzialmente processabile a costi sostenibili nel contesto delle risorse determinate a fabbisogno nazionale *standard* nel Documento di economia e finanza vigente. Questo impianto regolatorio pertanto si pone non solo in linea con il finanziamento programmato a garanzia di processabilità ma, grazie ad accorgimenti normativi utili a coniugare valorizzazione, responsabilizzazione e merito, intende dare dignità anche sul piano economico al richiesto impegno formativo degli specializzandi per un recupero in attrattività della professione, a cominciare dal primo anno di formazione, con un trattamento economico attualizzato anche in termini di progressione valoriale rispetto ai compiti e alle responsabilità *in progress* nelle attività assistenziali rese, che vada di pari passo con la certificazione delle effettive competenze acquisite e il livello di apprendimento specifico dimostrato sul campo. A tal fine, si procede a definire un assetto formativo integrato e sinergico, chiamando a disponibilità le *expertise* e le strutture di sistema con ampia flessibilità nell'implementazione di contratti aggiuntivi in ragione delle effettive necessità per le diverse specialità, grazie ad un rinnovato potenziale di tutoraggio fortemente sostenuto ed espandibile nelle università e presso tutti gli enti del Sistema sanitario nazionale (SSN) che rientrano nelle reti formative, con *senior* con un adeguato profilo professionale formativo, il cui collocamento a riposo può essere differito su base volontaria. Una rete che beneficia anche in termini di arricchimento proattivo dell'alta specializzazione e ricerca degli IRCCS intervenendo in evoluzione sistemica con l'importante riorganizzazione promossa dal decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, grazie al preciso riconoscimento ordinamentale anche in materia di formazione interdisciplinare del nuovo personale medico *On The Job*, promuovendo percorsi di affiancamento operativo delle strutture cosiddette *Second Opinion Supporting-Teaching Hospital* al fine di sviluppare opportunità di conoscenza diretta per gli specializzandi anche negli ambiti

specialistici di secondo e terzo livello, quali ad esempio le malattie rare o i fenotipi non diagnosticati.

In accompagnamento alle apprezzabili misure già in materia adottate dal Governo in via congiunturale per fronteggiare le criticità e le distorsioni esacerbatesi negli anni al punto da creare il cosiddetto « imbuto formativo » (ovvero *score* tra numero di accessi al corso di laurea in medicina e chirurgia e l'insufficiente numero di contratti specialistici, con grave danno generazionale e importanti risvolti sulla professionalizzazione del medico) e il cosiddetto « imbuto lavorativo », ovvero la difficoltà di soddisfare un'alta domanda occupazionale prevalentemente post-specialistica (necessaria per assicurare la qualità del Sistema sanitario nazionale) a causa di un rallentamento delle assunzioni, secondario al blocco del *turn over*, anche legato ai piani di rientro delle regioni con squilibrio di bilancio e con una dotazione incrementale complessiva del fabbisogno sanitario in linea con le crescenti necessità, si viene a rafforzare con la presente iniziativa l'auto-capacità di sistema della formazione medico-specialistica nel nostro Paese per accelerare il processo di normalizzazione delle liste di attesa con una valorizzazione sia come borse di studio che di contratti aggiuntivi delle attività in formazione e assistenziali degli specializzandi nel sistema dell'accreditamento istituzionale in sicurezza e tutela di *standard* di qualità e appropriatezza stante la previsione di accorgimenti a garanzia, diretta e indiretta, dei principi non negoziabili di oggettivizzazione dell'effettiva competenza certificata e responsabilità dello specializzando, con il coinvolgimento del *tutor* e la *governance* gestionale della struttura interessata a tutela dei cittadini nei processi assistenziali in cui operano le nuove leve in apprendimento specialistico.

La formazione dei medici specializzandi è, come noto, regolata dal decreto legislativo

17 agosto 1999, n. 368, che come noto non considera univocamente le attività da questi svolte in relazione alle prescrizioni delle tabelle ministeriali. I regolamenti delle scuole di specializzazione prevedono infatti un progressivo riconoscimento delle capacità di svolgimento autonomo di specifiche prestazioni, certificato dalla Scuola sulla base dell'esperienza maturata dal singolo formando.

Questa dinamica, che non trova previsione nell'attuale legislazione, suggerisce un intervento correttivo che consenta di rendere tracciata, in condizioni di sicurezza operativa e oggettiva, la misurazione di congruenza delle attività rese dai medici specializzandi nella progressione delle loro capacità professionali. Si tratta di armonizzare normativamente, mediante un impianto tecnico giuridico improntato alla concretezza sia a livello programmatico sia delle regole dell'accreditamento istituzionale, la possibilità di inserimento dei medici specializzandi per i fabbisogni assistenziali delle strutture ospedaliere.

Una revisione della materia è lo strumento per il consolidamento e la messa a valore di un potenziale di forza lavoro che contribuirebbe a contenere la macroscopica carenza di personale medico nelle strutture del SSN, nelle more di una normalizzazione delle dotazioni secondo puntuale determinazione dei fabbisogni di personale, di *budget* rispondenti a *standard* ospedalieri e territoriali, in linea con il percorso di revisione ordinamentale dell'emergenza urgenza e della medicina territoriale come già proposto con i disegni di legge Atto Senato nn. 224 e 227 in materia di direttrici dell'aggiornamento evolutivo promosso e supportato dal Ministero della salute con i tavoli tecnici previsti per i regolamenti di interesse, di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, e al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77.

Il presente disegno di legge si compone di 9 articoli.

L'articolo 1 reca le finalità del testo di legge, in attuazione dei principi di cui all'articolo 32 della Costituzione e in coerenza con gli investimenti in attuazione del PNRR, Missione 6 (Salute), che introduce disposizioni volte al superamento della carenza, quantitativa e qualitativa, di medici specialisti e di ricercatori di alta specialità. Per il raggiungimento delle presenti finalità si prevede il rafforzamento delle azioni di sistema per lo sviluppo della rete formativa, al fine di favorire l'occupazione dei giovani medici e dei ricercatori nelle attività clinico-assistenziali.

L'articolo 2 introduce una modifica all'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, prevedendo la revisione della programmazione.

L'articolo 3 dispone in ordine alla stipula dei contratti di formazione specialistica agiuntivi.

L'articolo 4 contiene la modifica all'articolo 38 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, prevedendo, tra l'altro, a partire dal secondo anno di specializzazione, la progressiva assunzione in autonomia di compiti assistenziali.

L'articolo 5 dispone in materia di *tutor* e valorizzazione delle *expertise* dei professio-

nisti *senior* su base volontaria, per il rafforzamento della rete formativa delle scuole di specializzazione, il superamento della carenza dei medici specialisti e il potenziamento della capacità di prevenzione e cura del Servizio sanitario nazionale, prevedendo, per il personale medico e delle professioni sanitarie, la deroga agli ordinari limiti per il collocamento a riposo.

L'articolo 6 contiene disposizioni volte alla valorizzazione del personale della ricerca traslazionale degli IRCSS pubblici, degli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS) e l'Istituto superiore di sanità (ISS), prevedendo l'attivazione di contratti nei ruoli dirigenziali, secondo principi di selezione fondati sul criterio del merito certificato.

L'articolo 7 introduce disposizioni di armonizzazione e coordinamento.

L'articolo 8 contiene regole volte all'introduzione e allo sviluppo delle procedure di supporto clinico multidisciplinare collegiale di tipo *Virtual Hospital* (SCMC-VH) che possono essere svolte all'interno del sistema formativo *Second Opinion Supporting-Teaching Hospital* (SOS-TH).

L'articolo 9 dispone la copertura finanziaria.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità e principi generali)

1. In attuazione dell'articolo 32 della Costituzione che prevede la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e la cui universalità, equiaccessibilità e sostenibilità nel tempo impone un adeguato rafforzamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) attraverso l'assunzione di personale debitamente formato e valorizzato, con competenze digitali avanzate nell'assistenza, nella cura e nella ricerca in specie traslazionale, in coerenza con gli investimenti realizzati in attuazione della Missione 6 (Salute), con particolare riferimento ai contratti di formazione specialistica e agli investimenti relativi al riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), la presente legge è finalizzata al superamento della carenza quantitativa e qualitativa di medici specialisti e di ricercatori di alta specialità, nel quadro della rete formativa delle scuole di specializzazione di cui all'articolo 34 e seguenti del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, anche al fine di favorire l'occupazione qualificata dei giovani medici e dei ricercatori nelle attività clinico-assistenziali, dando priorità alle attività legate alla prevenzione, alla medicina predittiva, all'appropriatezza delle cure, alle terapie avanzate nonché per il potenziamento della capacità di risposta della rete di offerta ai bisogni della domanda.

2. Le finalità di cui alla presente legge sono perseguite mediante il rafforzamento delle azioni di sistema per lo sviluppo e

l'ampliamento della rete formativa, ferma la rilevanza della scuola di specializzazione, in risposta all'effettivo fabbisogno di medici specialisti operanti nel SSN e, con particolare riguardo agli IRCCS di diritto pubblico di cui all'articolo 6, in linea con l'ordinamento della dirigenza medica e sanitaria del SSN, secondo principi di selezione fondati sul criterio del merito certificato.

3. La presente legge prevede, altresì, l'aggiornamento della disciplina che regola i contratti di formazione medico-specialistica di cui all'articolo 3 e quelli dei ricercatori di alta specialità di cui all'articolo 6, al fine di promuovere sistematicamente e in base al merito, l'inserimento nel *curriculum* formativo dello studio e dell'applicazione delle procedure di supporto clinico multidisciplinare collegiale anche di tipo *Virtual Hospital* (SCMC-VH), secondo le disposizioni previste dal decreto di cui all'articolo 8.

Art. 2.

(Modifica all'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)

1. L'articolo 35 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è sostituito dal seguente:

« Art. 35. - 1. Con cadenza triennale ed entro il 30 aprile del terzo anno, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto delle relative esigenze sanitarie e sulla base di una approfondita analisi della situazione di carenza di specialisti nel servizio sanitario, individuano il numero ottimale rispetto al fabbisogno effettivo e oggettivizzato di medici specialisti da reclutare annualmente per la formazione, per ciascuna tipologia di specializzazione, comunicandolo al Ministero della salute e al Ministero dell'università e della ricerca. Entro il 30 giugno del terzo anno, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e con il Ministro del-

l'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina il numero globale di specialisti da formare annualmente, per ciascuna tipologia di specializzazione, nonché il numero di contratti di formazione specialistica aggiuntivi attivabili presso le strutture di cui al comma 2, lettera *b*), tenuto conto dell'obiettivo di migliorare progressivamente la corrispondenza tra il numero degli studenti ammessi a frequentare i corsi di laurea in medicina e chirurgia e quello dei medici ammessi alla formazione specialistica, nonché del quadro epidemiologico, dei flussi previsti per i pensionamenti e delle esigenze di programmazione delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, con riferimento alle attività del Servizio sanitario nazionale.

2. In base all'individuazione effettuata ai sensi del comma 1:

a) il Ministro dell'università e della ricerca, previo parere del Ministro della salute, determina, con proprio decreto, il numero dei posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione accreditata ai sensi dell'articolo 43, tenuto conto della capacità ricettiva e del volume assistenziale delle strutture sanitarie inserite nella rete formativa della scuola stessa;

b) il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, determina, con proprio decreto, il numero di posti aggiuntivi da assegnare in formazione specialistica presso le strutture ospedaliere sia universitarie sia non universitarie di secondo livello e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) che si sono resi disponibili con precedente manifestazione d'interesse all'attivazione dei contratti di formazione medico-specialistica, nel rispetto dei requisiti di cui all'articolo 43 del presente decreto, sentito l'Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica. Con il medesimo decreto, il Mini-

stro della salute dispone l'accreditamento delle strutture di cui al periodo precedente, dopo la verifica della corrispondenza agli *standard*, ai requisiti e agli indicatori di attività formativa e assistenziale previsti dal decreto del Ministro dell'università e della ricerca 13 giugno 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 163 del 14 luglio 2017, individua le scuole di specializzazione territorialmente competenti di riferimento per le strutture accreditate e definisce le modalità di integrazione della rappresentanza delle predette strutture e degli IRCCS accreditati non presenti nell'Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica e nelle corrispondenti sedi regionali.

3. Nell'ambito dei posti determinati ai sensi del comma 2, lettera *a*), è stabilita, d'intesa con il Ministero dell'interno, una riserva di posti complessivamente non superiore al cinque per cento per le esigenze di sanità e formazione specialistica della Polizia di Stato e, qualora non coperti, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, per le esigenze di sanità e formazione specialistica del Corpo della guardia di finanza, nonché d'intesa con il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, il numero dei posti da riservare ai medici stranieri provenienti dai Paesi in via di sviluppo. La ripartizione tra le singole scuole dei posti riservati è effettuata con il decreto di cui al medesimo comma 2, lettera *a*). Per il personale della Polizia di Stato e del Corpo della guardia di finanza si applicano, in quanto compatibili, le previsioni di cui agli articoli 757, comma 3, 758, 964 e 965 del codice dell'ordinamento militare di cui al decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66.

4. Il Ministro dell'università e della ricerca, su proposta del Ministro della salute, può autorizzare, per specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, l'ammissione, alle scuole, nel limite di un dieci per cento

in più del numero di cui al comma 2, lettera *a*), e della capacità recettiva delle singole scuole, di personale medico di ruolo, appartenente a specifiche categorie, in servizio presso strutture sanitarie diverse da quelle inserite nella rete formativa della scuola.

5. Con il decreto di cui al comma 2, lettera *b*), il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, su indicazione delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, può riservare, altresì, nell'ambito dei posti aggiuntivi, una quota rivalutata annualmente da assegnare alle strutture ospedaliere sia universitarie sia non universitarie di secondo livello e agli IRCCS, destinata all'attivazione di contratti per la specializzazione in medicina di pronto soccorso, in medicina e chirurgia di emergenza e urgenza o in anestesia e rianimazione, nonché in malattie infettive, in ragione di accertate carenze strutturali.

6. Per l'accesso ai posti aggiuntivi di cui al comma 2, lettera *b*), i candidati devono aver superato le prove di ammissione previste dall'ordinamento della scuola, ai sensi dell'articolo 36 ».

Art. 3.

(Contratti di formazione specialistica aggiuntivi)

1. All'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, dopo il comma 7 sono aggiunti i seguenti:

« *7-bis.* Fermo restando quanto previsto dai commi precedenti, i contratti di formazione specialistica aggiuntivi di cui all'articolo 35, comma 2, lettera *b*), sono stipulati tra le strutture pubbliche e private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale ai sensi della medesima lettera, e i candidati utilmente collocati nella graduatoria nazionale nelle prove di cui all'articolo 36.

7-ter. Per le finalità di cui al comma 7-bis, il Ministro dell'università e della ricerca, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stipula protocolli d'intesa con le regioni e con le università, al fine di disciplinare le modalità di frequenza del corso e il numero di crediti formativi universitari da acquisire presso la sede universitaria per la parte teorica e presso le strutture di assegnazione per la parte pratica, anche tenuto conto delle specifiche del modulo formativo *Second Opinion Supporting-Teaching Hospital* (SOS-TH).

7-quater. Alle strutture sanitarie aderenti alla rete formativa che attivano contratti di formazione specialistica aggiuntivi di cui all'articolo 35, comma 2, lettera b), è riconosciuto annualmente, per l'erogazione delle attività formative, in forma forfettaria e anticipata, un importo pari al costo lordo annuo sostenuto per ciascun medico in formazione specialistica operante presso le proprie strutture, comprensivo di tutti gli oneri previsti per legge, per ciascun anno di contratto e fino al momento del conseguimento del titolo ».

Art. 4.

(Modifica dell'articolo 38 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368)

1. L'articolo 38 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è sostituito dal seguente:

« Art. 38. - 1. Con la sottoscrizione del contratto, il medico in formazione specialistica si impegna a seguire con profitto il programma di formazione svolgendo le attività teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e dai regolamenti didattici determinati secondo la normativa vigente in materia, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea. Ogni medico in formazione

specialistica è affiancato da un *tutor* che deve garantire la reperibilità in caso di necessità. Il *tutor* è designato dal Consiglio della scuola, sulla base di requisiti di elevata qualificazione scientifica, di adeguato *curriculum* professionale, nonché di documentata capacità didattico-formativa. Il numero di medici in formazione specialistica per *tutor* non può essere superiore a tre e varia secondo le caratteristiche delle diverse specializzazioni.

2. Le modalità di svolgimento delle attività teoriche e pratiche dei medici in formazione, ivi compresa la rotazione tra le strutture inserite nella rete formativa, nonché il numero minimo e la tipologia degli interventi pratici da seguire personalmente per essere ammessi a sostenere la prova finale annuale, sono preventivamente determinati dal Consiglio della scuola in conformità agli ordinamenti e ai regolamenti didattici di cui al comma 1 nonché agli accordi fra le università e le aziende sanitarie di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Il programma generale di formazione della scuola di specializzazione è portato a conoscenza del medico all'inizio del periodo di formazione ed è aggiornato annualmente in relazione alle mutate necessità didattiche e alle specifiche esigenze del programma di formazione del medico stesso.

3. Il medico in formazione specialistica partecipa alla totalità delle attività mediche delle unità operative alle quali è assegnato dal Consiglio della scuola. A partire dal secondo anno di specializzazione, la progressiva assunzione in autonomia di compiti assistenziali è stabilita dal Consiglio della scuola all'esito di una valutazione annuale, sulla base delle competenze acquisite nei percorsi formativi teorico-pratici che siano stati sottoposti ad un processo di certificazione con la partecipazione del *tutor*, tenendo conto di quanto riportato nel libretto diario delle attività formative di cui all'arti-

colo 5, comma 5, del decreto del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca 4 febbraio 2015, n. 68. Il medico in formazione specialistica svolge le attività assistenziali affidategli sulla base delle competenze acquisite e certificate nonché secondo i tempi e le modalità di cui ai commi 4 e 5.

4. I tempi e le modalità di svolgimento dei compiti assistenziali, nonché la tipologia degli interventi che il medico in formazione specialistica deve eseguire, sono concordati dal Consiglio della scuola con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture sanitarie presso le quali lo stesso svolge la formazione, sulla base del programma formativo personale e sono elencati nel contratto annuale di cui all'articolo 37.

5. Nel rispetto delle disposizioni di cui ai commi 3 e 4, il medico in formazione specialistica assume progressive responsabilità durante il percorso formativo. A tal fine, il medico in formazione specialistica certifica, con la partecipazione del *tutor*, le attività e gli interventi svolti in autonomia, che sono, altresì, contemplate nei piani di attività della struttura nella quale si svolge la formazione e concorrono alla definizione dei requisiti di accreditamento della struttura medesima.

6. Ai fini delle periodiche verifiche dei medici in formazione specialistica, la scuola predispone prove *in itinere* in rapporto con gli obiettivi formativi propri delle singole scuole, volte a verificare l'acquisizione delle competenze descritte negli ordinamenti didattici, anche ai fini della progressiva assunzione di responsabilità assistenziale di cui ai commi 3, 4 e 5 ».

Art. 5.

(Tutor senior e valorizzazione delle expertise dei professionisti del Servizio sanitario nazionale)

1. L'attività di formazione teorico-pratica svolta nell'ambito dei contratti in forma-

zione specialistica può essere svolta anche sotto la guida di *tutor senior* riconosciuti dal Consiglio della scuola di specializzazione di riferimento, individuati tra i docenti dell'area preclinica, i dirigenti di ricerca operanti presso l'Istituto superiore di sanità e i dirigenti medici direttori di struttura ospedaliera con almeno cinque anni di anzianità di servizio che, su base volontaria, al raggiungimento dei requisiti di cui al comma 1 dell'articolo 15-*nonies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, richiedono, in deroga al comma 2 dell'articolo 1 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, il trattenimento in servizio per un ulteriore biennio, fino al maturare del quarantaduesimo anno di servizio effettivo e al settantaduesimo anno di età, finalizzato prevalentemente allo svolgimento di attività di formazione nell'ambito dei contratti di formazione specialistica. Tali dirigenti sono inseriti al di fuori della dotazione organica.

2. I *tutor senior* sono individuati dal Consiglio della scuola di specializzazione in via prioritaria tra i responsabili di struttura ospedaliera con almeno cinque anni di anzianità di servizio presso gli IRCCS di cui al decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, e i presidi ospedalieri di secondo livello, pubblici e privati convenzionati, come disciplinati dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, che aderiscono al sistema formativo delle strutture qualificate di *Second Opinion Supporting-Teaching Hospital* di cui all'articolo 8.

3. Per le finalità della presente legge, in ordine al rafforzamento della rete formativa delle scuole di specializzazione mediante il mantenimento in servizio del personale con elevata esperienza specialistica, valorizzando le competenze e la professionalità, precondizione per il conseguimento degli obiettivi di cui alla Missione 6 (Salute) del PNRR, in termini di sviluppo della capacità

di prevenzione e cura del Servizio sanitario nazionale, al fine di migliorare le prestazioni e rafforzare l'assistenza, all'articolo 5-bis, comma 2, del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8, le parole: « 31 dicembre 2022 » sono sostituite dalle seguenti: « 31 dicembre 2026 » e le parole: « settantesimo anno di età » sono sostituite dalle seguenti: « settantaduesimo anno di età » e all'articolo 7, comma 6-bis, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: « , nonché dal personale medico e delle professioni sanitarie convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o in servizio presso strutture convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, dai docenti universitari di medicina e chirurgia e dai dirigenti medici e sanitari di ruolo presso le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 ».

Art. 6.

(Disposizioni in materia di personale ascrivibile al ruolo dirigenziale della ricerca sanitaria)

1. Al fine di promuovere il rafforzamento strutturale degli IRCCS pubblici, all'articolo 3-ter del decreto-legge 10 maggio 2023, n. 51, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 luglio 2023, n. 87, dopo il comma 3 è aggiunto il seguente:

« 3-bis. Nel rispetto dei vincoli di cui all'articolo 1, comma 428, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, presso gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici, la sezione di cui al comma 2 dell'articolo 10 del decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, comprende anche i ruoli della dirigenza per il solo personale della ricerca sanitaria di cui al citato comma

428 per il cui accesso, previa procedura concorsuale anche per il primo inquadramento, è prescritto il possesso del titolo di specializzazione di cui all'articolo 1, comma 431, della citata legge n. 205 del 2017, ovvero di dottorato di ricerca nei settori medici, sanitari, informatici, matematici e statistici, con elevate competenze digitali nella gestione dei processi e dei percorsi clinici. Gli IRCCS possono procedere ad attivare contratti di lavoro a tempo determinato e indeterminato nei predetti ruoli nei limiti dei posti disponibili a dotazione organica, secondo quanto previsto negli atti aziendali di organizzazione validati e autorizzati ai sensi del vigente ordinamento in materia, debitamente aggiornata sulla base degli effettivi fabbisogni di *budget* e nei limiti delle disponibilità di bilancio secondo le nuove opportunità di flessibilità ai sensi del vigente strumento di programmazione economica generale. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano, in quanto compatibili, anche al personale di ricerca degli Istituti zooprofilattici sperimentali (IZS) e dell'Istituto superiore di sanità (ISS). Per le finalità di cui al presente comma, il personale di ricerca dell'ISS è assoggettato al rapporto di lavoro esclusivo di cui agli articoli 15-*quater* e 15-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e gode dell'indennità di esclusività di cui al comma 5 del citato articolo 15-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nei limiti del finanziamento costituito dai fondi istituzionali e da quelli provenienti da programmi di ricerca e di collaborazione nazionale e internazionali ».

Art. 7.

(Norme di armonizzazione e coordinamento)

1. All'articolo 1, comma 547, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, dopo le parole: « di formazione specialistica » sono inserite

le seguenti: « nonché dal secondo anno dalla stipulazione dei contratti in formazione specialistica aggiuntivi di cui all'articolo 35, comma 2, lettera *b*), del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 ».

2. All'articolo 12, comma 2, del decreto legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2023, n. 56, dopo le parole: « relativo corso di studi » sono inserite le seguenti: « e i contratti in formazione aggiuntivi di cui all'articolo 35, comma 2, lettera *b*), del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 » e le parole: « di emergenza-urgenza » sono soppresse.

3. All'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200, sono aggiunte, in fine le seguenti parole: « e definiscono il numero di posti destinato a incarichi dirigenziali di cui all'articolo 3-ter del decreto-legge 10 maggio 2023, n. 51, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 luglio 2023, n. 87 ».

Art. 8.

(Strutture qualificate nelle procedure di supporto clinico multidisciplinare collegiale di tipo Virtual Hospital (SCMC-VH) e in programmi formativi di simulazione medica avanzata e robotica)

1. Al fine di valorizzare tutte le strutture, sia universitarie sia non universitarie di secondo livello, gli IRCCS, i centri di riferimento per la conservazione e l'utilizzo dei corpi dei defunti, di cui alla legge 10 febbraio 2020, n. 10, che abbiano conseguito una specifica esperienza in tema di formazione su cadavere di specializzandi e specialisti nonché i centri di robotica, in considerazione dell'evoluzione dei corsi di specializzazione medica in chirurgia robotica aderenti al sistema specialistico e formativo del *Second Opinion Supporting-Teaching Hospital* secondo *standard* omogenei a livello na-

zionale, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono adottate disposizioni per l'introduzione e lo sviluppo, quale strumento operativo a supporto della rete formativa dei corsi di formazione specialistica di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, come modificato ai sensi della presente legge, della procedura di supporto clinico multidisciplinare collegiale anche di tipo *Virtual Hospital* (SCMC-VH) che può svolgersi all'interno del sistema formativo *Second Opinion Supporting-Teaching Hospital* (SOS-TH), consistente nell'apprendimento delle tecniche di erogazione di prestazioni di tipo diagnostico terapeutico effettuate da remoto e mediante teleconsulto secondo protocolli *standard*. Con il medesimo decreto sono definite le modalità di realizzazione della messa in rete delle strutture di tipo SOS-TH, nell'ambito di forme qualificate di *Constant Training On The Job*, nonché dei programmi formativi da svolgere presso i centri di simulazione medica avanzata.

2. Con il decreto di cui al comma 1 si provvede altresì a promuovere, valorizzando le migliori pratiche esistenti, l'implementazione, il consolidamento e lo sviluppo di centri di simulazione medica avanzata per la formazione specialistica e di centri robotici multidisciplinari di chirurgia robotica. Per le finalità di cui al primo periodo del presente comma le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano identificano le strutture ospedaliere di riferimento sia universitarie sia non universitarie di secondo livello e gli IRCCS pubblici e privati già aderenti alla rete del *Second Opinion Supporting* specialistico selezionate ai sensi dell'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118, con sistema di valutazione, monitoraggio e controllo.

Art. 9.

(Disposizioni finanziarie)

1. Il trattamento economico complessivo lordo dei contratti per i medici in formazione specialistica di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, come modificato dalla presente legge, è incrementato, a decorrere dall'anno 2025, di euro 500 mensili lordi, a valere per la parte fissa eguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso. A tal fine, nell'ambito del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, è individuata una quota finalizzata alla valorizzazione degli specializzandi pari a 300 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, da aggiornare annualmente da parte del Ministero della salute in ragione dei volumi dei contratti di formazione specialistica effettivamente programmati e validati.

2. Per il trattenimento in servizio dei *tutor senior* di cui all'articolo 5, è autorizzata la spesa fino a 5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 30 milioni a decorrere dall'anno 2026, alla quale si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2025-2027, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2025, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute e al Ministro dell'università e della ricerca.

3. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, in virtù del notevole sforzo economico pubblico effettuato a fronte della carenza strutturale di medici specialisti, i medici specializzandi sono tenuti a sottoscrivere un *gentlemen agreement* in allegato al contratto di assegnazione della borsa di specializzazione sancente l'impegno

a prestare servizio presso strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio sanitario nazionale per almeno tre anni con contratti di lavoro continuativo. In caso di mancata sottoscrizione lo specializzando è ammesso al corso di specializzazione senza la relativa borsa e si procede allo scorrimento della graduatoria in assegnazione aggiuntiva.

4. Per le finalità di cui all'articolo 6 della presente legge e la valorizzazione del merito dei ricercatori, a decorrere dall'anno 2024, nell'ambito del fabbisogno sanitario *standard* cui concorre lo Stato è individuata una quota di 20 milioni di euro da rivalutare annualmente da parte del Ministero della salute in ragione delle effettive dotazioni organiche di posti del ruolo dirigenziale di ricercatore, autorizzati e validati secondo criteri di riparto definiti, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sulla base delle necessità assistenziali di alta specialità complessivamente soddisfatti dagli IRCCS di diritto pubblico, in coerenza con le prestazioni effettivamente erogate per il superamento delle liste di attesa nelle alte specialità delle aree tematiche di spettanza, secondo le direttrici di sviluppo di cui all'articolo 9 e i relativi accordi contrattuali ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

5. Al fine di promuovere la costituzione e il consolidamento di centri di simulazione medica avanzata per la formazione specialistica nonché di centri robotici multidisciplinari di chirurgia robotica e sviluppare una rete nazionale in grado di effettuare l'effettiva eccellenza formativa di cui all'articolo 8 della presente legge, si dispone l'accantonamento di complessivi euro 60 milioni, quale quota di risorse vincolate a valere sulle disponibilità di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, da ripartire e assegnare con successivi provvedimenti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, previa in-

tesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per la realizzazione degli specifici programmi e progetti, in linea con le regole e il sistema di monitoraggio, valutazione e controllo introdotto dall'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118, applicato a tutte le strutture operanti in regime di accreditamento e convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale, ai sensi degli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tenuto conto in particolare degli esiti del controllo e del monitoraggio per la valutazione delle attività assistenziali e formative erogate, in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza.

6. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

€ 2,00