Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 1

COMMISSIONI RIUNITE

7ª (Istruzione pubblica, beni culturali, ricerca scientifica, spettacolo e sport)

e

12ª (Igiene e sanità)

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

2ª seduta: martedì 9 luglio 2019

Presidenza del presidente della 7ª Commissione PITTONI

RD 0360

TIPOGRAFIA DEL SENATO

I N D I C E

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

(1106) ***Maria Cristina CANTÙ ed altri. – Istituzione di contratti di formazione*** **Teaching Hospital** ***per le specializzazioni mediche***

(Discussione e rinvio)

PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 8
BINETTI *(FI-BP)* 8
FREGOLENT *(L-SP-PSd'Az)*, *relatrice* 3
GRANATO *(M5S)*, *relatrice* 8
SILERI *(M5S)* 8

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia-Berlusconi Presidente: FI-BP; Fratelli d'Italia: FdI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-Più Europa con Emma Bonino: Misto-PEcEB; Misto-PSI: Misto-PSI.

Intervengono i sottosegretari di Stato per la salute Coletto e per l'istruzione, l'università e la ricerca Giuliano.

I lavori hanno inizio alle ore 16.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

(1106) ***Maria Cristina CANTÙ ed altri. – Istituzione di contratti di formazione*** **Teaching Hospital** ***per le specializzazioni mediche***
(Discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge n. 1106.

Do la parola per l'illustrazione del disegno di legge alla relatrice per la 12ª Commissione, senatrice Fregolent.

FREGOLENT, *relatrice*. La ringrazio, signor Presidente. Il disegno di legge n. 1106 affronta in modo organico il problema della carenza dei medici specialisti intervenendo strutturalmente per superare, secondo meccanismi innovativi e con approccio anche di prototipazione sperimentale, le criticità che negli ultimi 15 anni hanno determinato il problema della mancanza di specialisti (non di medici laureati), essenzialmente riconducibile all'impossibilità di accesso dei laureati alle scuole di specialità secondo gli effettivi bisogni e la domanda formativa eleggibile.

Tre le principali direttrici della novella in esame vi sono: percorsi specialistici multidisciplinari ed integrati in una rete formativa aperta a tutte le aziende ospedaliere di II livello e IRCCS, secondo i principi di cui all'articolo 1 e 2 del disegno di legge n. 1106 in punto di Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica; contratti di alta formazione e ricerca, declinando evolutivamente le possibilità offerte dall'articolo 45 del decreto legislativo n. 81 del 2015, secondo le effettive necessità di specializzandi e con finanziamenti dedicati per l'inserimento lavorativo dei giovani più meritevoli, secondo una prospettiva di impiego finalizzato di disponibilità del Fondo sociale occupazione e formazione di cui all'articolo 18, comma 1, lettera *a),* del decreto-legge n. 185 del 2008, convertito nella legge n. 2 del 2009, attingendo anche per coloro che rientrano nei parametri di risorse del cosiddetto reddito di cittadinanza; appropriata disciplina in tema di assunzioni di medici in formazione nell'ultimo anno di specialità con contratti a tempo determinato perfettamente compatibili con tutti i vincoli del vigente ordinamento e senza alcuna criticità suscettibile di rilevare in profili di incostituzionalità rispetto agli specializzati.

Nel rinviare al dettaglio delle soluzioni messe a punto nel disegno di legge n. 1106 e ferma la declinazione attuativa prevista in capo al MIUR e al Ministero della salute proprio per escludere la sottovalutazione o incompletezza di qualsivoglia componente regolatoria utile alla migliore attuazione senza ingessamenti di rango primario, attesa la necessità di assicurare flessibilità ed integrazione alla nuova rete formativa e decisioni di investimento in capitale umano, in una logica di forte responsabilizzazione dei Sistemi sanitari regionali e di valorizzazione del merito e delle effettive competenze maturate aderenti alle necessità, si richiamano *per relatio* alcuni aspetti qualificanti l'impianto normativo proposto come in refertazione accompagnatoria.

L'articolo 1 nel fissare le finalità del presente disegno di legge si prefigge, in via sperimentale e per il decennio 2019-2029, lo scopo di sopperire all'attuale mancanza di medici specialisti attraverso l'istituzione di un percorso alternativo di formazione professionale rispetto a quello attualmente vigente, ma perfettamente equipollente ad esso, in attuazione del diritto costituzionalmente previsto all'articolo 32 che prevede la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

All'uopo, nel quadro di un più ampio percorso di revisione della professione medica *(constant training on the job)* mediante l'iscrizione previsionale degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e dei presidi ospedalieri di II livello di aziende sanitarie come definiti dal decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 a *Second Opinion Supporting-Teaching Hospital* (SOS-TH), accreditati alla formazione delle nuove leve, si intende con il presente disegno di legge promuovere: la valorizzazione dell'approccio multi-disciplinare; la gestione operativa della malattia come singolo fenotipo nell'ambito di una visione di processo; la diagnostica quale momento di ricomposizione e di sintesi tramite la riallocazione dei fenotipi negli ambiti di patologia, tenendo conto del fattore temporale; la diffusione della pratica della diagnosi multidisciplinare collegiale (DMC); la certezza di ricadute di appropriatezza uniformi sul territorio; la traslazione capillare dei risultati della ricerca in un'ottica di gestione complessiva del paziente lungo tutto il percorso clinico; il contributo del territorio (ospedale, università) alla traslazione dei risultati nella ricerca *(big data)* facendo leva sul ruolo dell'IRCCS come *second opinion* per il supporto diagnostico e come collettore di *big data* strumentalmente essenziali nella medicina personalizzata e di precisione; la riduzione del dualismo nelle cure tra sistema ospedaliero e IRCCS, grazie a strumenti di condivisione delle competenze cliniche degli IRCCS in modo distribuito ed equiaccessibile sul Servizio sanitario nazionale e regionale, utilizzando meccanismi digitalizzati di supporto diagnostico che rispondano alle richieste sia dell'ospedale che del territorio di una *second opinion* (modello *Virtual Hospital*) offerta da strutture di terzo livello (IRCCS) sulla diagnosi e sul miglior percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale (PDTA) da processare per la cura del paziente; la garanzia di presa in ca-

rico dei pazienti all'interno dei rispettivi territori, precondizione per la marginalizzazione del cosiddetto turismo sanitario.

L'articolo 2 prevede che, al fine di aumentare il numero delle scuole di specializzazione, il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con Ministro della salute, determina, con decreto, il numero di posti aggiuntivi da assegnare alle singole strutture ospedaliere estese in una logica di evoluzione integrata della rete formativa di cui al decreto-legge 13 giugno 2017, n. 402, a seguito di indicazione da parte delle Regioni del numero aggiuntivo degli specialisti da formare, annualmente, per ciascuna tipologia di specializzazione. Il medesimo decreto dispone l'accreditamento di queste strutture ed individua le scuole di specializzazione territorialmente competenti e di riferimento per le medesime strutture ospedaliere non universitarie accreditate.

Di particolare importanza, vista la carenza di specialisti di anestesia e pronto soccorso, è la disposizione che prevede che il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, su indicazione delle Regioni, riserva una quota non inferiore al 10 per cento dei posti aggiuntivi da assegnare alle strutture identificate all'attivazione di posti di specializzazione in medicina di emergenza ed urgenza e anestesia.

L'articolo 3 dispone l'istituzione di innovativi contratti di alta formazione e ricerca *Teaching Hospital* (TH) per le specializzazioni mediche che consentiranno di porre fine negli anni al suddetto imbuto formativo da svolgersi in strutture ospedaliere anche non universitarie secondo le regole dell'accreditamento istituzionale, con meccanismi di valorizzazione del sistema *Second Opinion Supporting Teaching Hospital* (SOS-TH) in linea con il modello di *Virtual Hospital*, strumentali ad affrontare risolutivamente il problema della formazione multidisciplinare delle specializzazioni, ampliando la nuova figura di specializzando *on the job* con una forma contrattuale dedicata in punto di *training on the job*.

La qualificazione giuridico-ordinamentale prospettata e l'equipollenza della formazione professionale declinata rispetto a quella prevista dal percorso universitario vigente comporta che rientri nel novero delle tipologie legittimate dalla normativa europea ai fini del riconoscimento del titolo all'estero.

Questa seconda nuova tipologia contrattuale è contraddistinta da: un'attività strutturata nei reparti ospedalieri sotto la diretta supervisione di figure di nuova istituzione definiti *tutor senior*, in linea con le tipizzazioni di cui al decreto legislativo n. 502 del 1992, alla legge n. 368 del 1999, e previste nel decreto interministeriale n. 402 del 2017, anche mediante il ricorso ad una nuova modalità di interazione con gli IRCCS e i PO di II livello, accreditati presso la rete *Second Opinion Supporting Teaching Hospital*; dalla disponibilità del supporto clinico multidisciplinare collegiale di tipo *Virtual Hospital*, dando conto dei livelli istituzionali e procedurali utili alla definizione degli elementi di accreditamento alla rete *Second Opinion Supporting Teaching Hospital* e di qualifica di una

prestazione di tipo Supporto clinico multidisciplinare collegiale-Virtual Hospital (SCMC-VH).

L'attività da svolgersi in strutture ospedaliere, sia universitarie che non universitarie di II livello che IRCCS, contribuisce alla formazione multidisciplinare delle nuove generazioni costituendo allo stesso tempo fattore di divulgazione delle conoscenze conseguite negli IRCCS; centralizza nella figura del *tutor senior* il momento di coordinamento sia operativo che formativo delle nuove generazioni; estende l'ambito di operatività dello specializzando *Teaching Hospital* coniugando, per un verso, pratica quotidiana assistita e formazione continua *(training on the job)* e promuovendo, per altro verso, il sistematico utilizzo della *second opinion* degli IRCCS e delle strutture ospedaliere di II livello aderenti al circuito *Second Opinion Supporting Teaching Hospital*.

A tal fine, il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca determina annualmente, sulla base della graduatoria nazionale, il numero dei contratti di apprendistato di alta formazione e ricerca *Teaching Hospital* per le specializzazioni mediche, aggiuntivi ai contratti di formazione specialistica presso le strutture ospedaliere universitarie, sulla base della graduatoria nazionale, tra i migliori classificati non vincitori delle prove per conseguire l'accesso alla specializzazione, ai fini dell'affidamento di tali contratti aggiuntivi da stipulare tra gli utilmente classificati e le aziende sanitarie e gli IRCCS che si sono rese disponibili, con precedente manifestazione d'interesse, all'attivazione dei contratti.

Si prevede che i nuovi contratti in oggetto siano inseriti nei programmi Obiettivo competitività regionale e occupazione. Si prevede, altresì, che alle aziende titolari di contratti di apprendistato, di alta formazione e ricerca *Teaching Hospital* sia riconosciuto annualmente, per l'erogazione delle attività formative, in forma forfettaria e anticipata, un importo pari al costo lordo annuo sostenuto per ciascun apprendista 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. A tal fine, il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con Ministro della salute, stipula, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, protocolli d'intesa con le Regioni e le università che disciplinano il numero di accessi, le modalità di frequenza del corso e lo svolgimento presso la sede universitaria per la parte teorica e presso l'azienda di appartenenza sotto la diretta supervisione del *tutor senior*. Professionalità elettivamente identificate tra dirigenti medici apicali responsabili di struttura complessa, di norma prossimi alla quiescenza.

Quest'ultima figura, quella del *tutor senior*, è sicuramente una peculiare novità introdotta in disegno di legge, prevista dall'articolo 4. Infatti l'attività di formazione lavorativa si svolge sotto la guida di medici con funzioni di tutoraggio, riconosciuti dal consiglio della scuola di specializzazione di riferimento tra i dirigenti medici direttori di struttura complessa ospedaliera con almeno cinque anni di anzianità di servizio, che, su base volontaria, al raggiungimento dei requisiti per la quiescenza, richiedano il

trattenimento in servizio per un ulteriore biennio, fino al maturare del quarantaduesimo anno di servizio effettivo e al settantaduesimo anno di età. Tali dirigenti sono computati extra-organico, salvaguardando appieno, per ciò stesso, la pianificazione aziendale di *budget* del personale.

I *tutor senior* debbono altresì essere individuati dal consiglio della scuola di specialità tra i responsabili di struttura complessa ospedaliera che abbiano dato la loro disponibilità con almeno cinque anni di anzianità di servizio presso IRCCS e presidi ospedalieri di II livello parte integrante della rete formativa delle strutture qualificate di *Second Opinion Supporting Teaching Hospital*.

In tal modo, oltre che sopperire ad una ormai cronica carenza di docenti per le scuole di specializzazione, si realizza una valorizzazione delle competenze e conoscenze delle migliori professionalità in procinto di uscita dal comparto sanitario, quali risorse di sistema da valorizzare e da investire, con costi marginali, nell'insegnamento teorico-pratico dell'*ars medica* unitamente allo sviluppo della rete *Second Opinion Supporting Teaching Hospital*.

Va da sé che in sede di attuazione del presente dettato legislativo dovranno essere previsti meccanismi di controllo tali da evitare che le attività ospedaliere dei *tutor* diventino prevalenti.

L'articolo 5 introduce una norma transitoria per fare fronte, in attesa che le disposizioni della presente legge vadano a regime, alla situazione davvero emergenziale in cui versano i nosocomi italiani a causa della carenza di medici specialisti. Si dispone così che le aziende sanitarie, sulla base delle specifiche necessità di personale dei reparti, possano procedere all'assunzione di medici in formazione nell'ultimo anno di scuola con contratto a tempo determinato, con funzioni adeguate al livello di competenze e autonomie raggiunte, garantendo loro il tutoraggio da parte del direttore della struttura di destinazione per il completamento del percorso formativo.

Tutte le tipologie contrattuali previste dal presente disegno di legge dovranno essere assistite da copertura assicurativa per le responsabilità civili dei formatori e dei formandi, attesa la strategicità del progetto formativo.

L'articolo 6, recante disposizioni in materia di *saving second opinion supporting*, crea le condizioni formative e strutturali del servizio sanitario nazionale per addivenire ad una riqualificazione della rete che sia in grado a parità di risorse di erogare più prestazioni per tutta la filiera della cura (*long term care* compresa), con risparmi significativi dovuti alla riduzione delle giornate di degenza inappropriate, alle duplicazioni di visite specialistiche ed esami diagnostici e soprattutto all'uso improprio nella cronicità delle risorse per acuzie.

Infine, con l'articolo 7 si dispongono le risorse finanziarie adeguate alla realizzazione dell'intervento normativo, anche per quanto concerne gli indispensabili investimenti per la prototipazione e progressiva diffusione su scala nazionale del modello *Virtual Hospital* e dei centri di simu-

lazione medica avanzata e per i programmi di formazione continua in medicina.

Con contributi migliorativi integrativi già al presente disegno di legge n.1106 in previsione dell'imminente deposito della proposta di disegno di legge di sistematizzazione ordinamentale della nuova *governance* del Servizio sanitario nazionale, di cui si auspica la disponibilità a collaborazione collegiale valorizzando l'attività in congiunta, sarà possibile migliorare l'impianto proposto in aderenza al nuovo sistema di valutazione delle *performance* misurate in modo oggettivo e non autoreferenziale secondo *rating* sia nei percorsi di formazione che di erogazione delle prestazioni.

PRESIDENTE. La ringrazio. Do ora la parola alla relatrice per la 7ª Commissione, senatrice Granato.

GRANATO, *relatrice*. Signor Presidente, mi rimetto alla relazione svolta dalla relatrice Fregolent, che abbiamo condiviso. Proporrei alla Commissione di svolgere un ciclo di audizioni informali sul tema.

PRESIDENTE. Non essendovi obiezioni, la proposta risulta accolta.

Propongo di fissare alle ore 12 di venerdì 19 luglio il termine entro il quale i Gruppi parlamentari potranno formulare le proprie proposte al riguardo. Poiché non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

BINETTI *(FI-BP)*. Signor Presidente, solo alcune delucidazioni: è stato previsto un orizzonte temporale per l'approvazione definitiva da parte dell'Assemblea del Senato e di quella della Camera del presente disegno di legge? A quale anno accademico si prevede che si applicherà? Lo chiedo per dare una risposta certa in relazione a tutte le aspettative che un provvedimento del genere solleva in studenti di medicina, specializzandi, medici, professori universitari, primari degli ospedali, IRCCS. C'è una popolazione molto estesa che viene coinvolta da un disegno di legge di questo tipo e avere una previsione di massima dei tempi di approvazione potrebbe essere di grande aiuto.

SILERI *(M5S)*. Senatrice Binetti, le assicuro che, a fronte della legittima e condivisibile preoccupazione di ricercatori, studenti, medici primari e altri soggetti, si lavorerà per garantire una tempistica certa che sia, al contempo, realistica.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione del disegno di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,25.

Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti

€ 1,00