AUDIZIONE CISL

presso le Commissioni VII (Cultura, Istruzione) e X (Sanità e Lavoro) riunite del Senato della Repubblica
sui Ddl 186, 509, 823, 890, 963, 1260, 1377 e 1380
in merito alla formazione specialistica dei medici
Roma, 28 maggio 2025

In premessa, come Cisl vogliamo ringraziare le Commissioni riunite per questa audizione su un tema, quello della formazione specialistica post laurea dei medici, estremamente importante, sul quale da tempo è maturata la convinzione della necessità di una riforma complessiva dell'attuale sistema, attualmente disciplinato dai D.Lgs. 368/1999 e 502/1992, come dimostra l'insieme dei Disegni di Legge che sono oggi all'esame delle commissioni.

Per brevità di tempo, dopo un'attenta analisi dei diversi provvedimenti, considerando che tutti propongono, in particolare, modifiche al D.Lgs.368/1999, abbiamo scelto di affrontare il Ddl 186 che, allo stato, ricomprende maggiormente le diverse questioni.

Art. 1 (modifiche al D.Lgs. 368/1999)

Giudichiamo favorevolmente la necessità di aggiornare le conoscenze e le competenze che devono essere acquisite dal medico chirurgo durante il percorso formativo, integrando le conoscenze delle malattie fisiche con quelle mentali, della promozione della salute e del benessere psicofisico, sino all'organizzazione sanitaria.

In tal senso riteniamo importante l'organizzazione di reti formative integrate e accreditate che però devono comprendere anche l'assistenza territoriale, aspetto che a nostro giudizio andrebbe posto in evidenza ed esplicitamente ricompreso anche nella proposta di riscrittura dell'art. 18, c.1, lett. d), in coerenza con quanto novellato dal successivo art. 20, rispetto alle sedi nelle quali sarà possibile effettuare la formazione per il conseguimento del diploma di medico chirurgo specialistico e dall'art. 26 per la formazione specialistica in Medico di Medicina Generale del D.Lgs. 368/1999.

Condividiamo la necessità di definire standard, requisiti e livelli di performance a cui sottoporre a valutazione e verifica le reti formative, così come è importante l'individuazione di un tutore che verifichi il giusto apprendimento delle competenze pratiche dei medici in formazione, non disperdendo però il capitale umano che abbiamo strutturato negli anni.

L'obbiettivo di realizzare una formazione omogenea su tutto il territorio nazionale resta un aspetto preminente per garantire standard di qualità uguali per tutti i cittadini. Positiva l'introduzione di un sistema nazionale di certificazione delle conoscenze e delle competenze – il Sistema europeo di accumulazione e trasferimento dei crediti (ECTS) – che ricomprenda l'intera "vita" del professionista.

Rispetto all'ipotesi di declinazione dei curricula formativi nazionali a livello locale, riteniamo che tale possibilità debba essere innestata nel pieno rispetto della cornice definita a livello nazionale, al fine di evitare una differenziazione che, se non meglio dettagliata, riproponga le attuali disparità esistenti.

Evidenziamo come non può essere condiviso il fatto che vi sia una progressiva assunzione di responsabilità professionale legata al curriculum formatosi sulle competenze da conseguire. La responsabilità professionale, anche in base alle previsioni della Legge 24/2017, è sempre correlata alla complessità del singolo caso, alla corresponsione dell'atto medico alle linee guida e alle buone pratiche tempo per tempo seguite. Legare alle competenze del singolo una progressività della responsabilità significa contraddire l'attuale normativa contenuta nella Legge 24/2017 oltre che creare una disparità tra i medici, a livello di assunzione di responsabilità professionale verso il paziente. Così come formulata questa parte dell'articolo non sembra essere in linea anche con l'art 3 della Costituzione.

Valutiamo positivamente l'ampliamento, introdotto con le modifiche all'art. 20, delle sedi presso le quali sarà possibile effettuare la formazione per il conseguimento del diploma di medico chirurgo specialistico, prevedendo esplicitamente anche tutte le strutture distrettuali, dipartimentali, di riabilitazione e ogni altra struttura deputata all'erogazione dei LEA del Ssn.

Positivo l'ampliamento, di cui all'art. 21, della possibilità a esercitare l'attività di medico chirurgo di medicina generale anche ai medici chirurghi iscritti al relativo corso, aspetto che si colloca in linea con le innovazioni introdotte e rese stabili dal 1.1.2025 dalla L. 15/2025 di conversione del Milleproroghe 2025 (D.L. n. 202 del 27/12/2024).

Riteniamo importante la previsione che modifica il percorso formativo prevedendo un patto formativo e una verifica dello stesso a cui il medico in formazione partecipa attivamente, anche con riferimento alla valutazione positiva dello stesso sul proprio tutore.

Nel giudicare congruo il rapporto di un medico tutore ogni 3 medici in formazione, per quanto attiene i percorsi di formazione specialistica riteniamo invece che l'affiancamento presso lo studio di un Medico di Medicina Generale debba attestarsi sul rapporto 1:1.

Positiva la previsione di riconoscere l'attività tutoriale ai fini della formazione continua e come specifico titolo da valutare per il conferimento di incarichi dirigenziali, elemento che dovrà essere oggetto di specifico inserimento nel CCNL.

Apprezzabili le modifiche all'art. 26 relative al percorso di formazione specifica in medicina generale. Ivi si prevede che le attività didattiche, teoriche e pratiche saranno svolte in tutti i punti della rete formativa integrata e che le reti formative dovranno essere strutturate in modo da garantire adeguate esperienze anche nel contesto delle cure primarie e intermedie e sottoposte a procedura di accreditamento.
Questo aspetto è particolarmente significativo anche in considerazione della piena attuazione della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022.

Resta centrale per la Cisl il primato del ruolo della contrattazione; di conseguenza dovrà necessariamente essere l'ACN dei MMG a disciplinare tutti gli aspetti innovativi che verranno individuati.

In merito alle modifiche di cui all'art. 28 esprimiamo perplessità rispetto alla previsione di istituire, in ogni assessorato regionale, una Scuola di formazione specifica di medicina generale articolata in uno o più poli formativi. Riteniamo che tale modello organizzativo determini un ulteriore appesantimento burocratico.

Condividiamo la proposta di modifica dell'art. 36 c. 1 che mira a definire un'unica prova di ammissione a livello nazionale per tutte le tipologie di scuola di specializzazione e per i corsi regionali di formazione specifica in medicina generale, così da ottimizzare al massimo i posti disponibili.

Esprimiamo invece perplessità sulla previsione che le prove si svolgano in un'unica sede o in macro sedi reputando più adeguata l'individuazione di almeno 2/3 sedi per ogni Regione al fine di agevolare la partecipazione ed evitare i maggiori disagi derivanti da potenziali grossi spostamenti.
Riteniamo necessario prevedere che il calendario venga reso noto almeno 60 gg prima dello svolgimento della prova così da garantire il tempo necessario alla relativa organizzazione.

Giusta la scelta di incentivare ulteriormente le modalità di valorizzazione della formazione specialistica attraverso il contratto di formazione-lavoro quale strumento che consentirebbe, a fronte di un'apposita regolamentazione dentro i CCNL Area Sanità e ACN MMG, di garantire allo specializzando uno stato giuridico, non solo in linea con i suoi obblighi e responsabilità, ma anche di riconoscergli i medesimi diritti contrattuali del restante personale dirigente medico.

Non comprendiamo invece come si intendano valutare le associazioni nazionali rappresentative dei medici in formazione specialistica che dovrebbero essere sentite prima della stesura del DPCM.
Riteniamo che lo schema di DPCM, per le tematiche da disciplinare complessivamente, debba essere oggetto di confronto con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative a livello nazionale, ovvero quelle ammesse alla sottoscrizione dei CCNL e ACN dei Dirigenti Medici.
In tal senso riteniamo opportuna una modifica del testo del DDL.

Dal punto di vista del trattamento economico rileviamo come le modifiche proposte all'art. 38 appaiono in contrasto con quanto previsto dai commi 336 e 337 della legge di bilancio 2025 qualora trattasi delle medesime discipline, in quanto la percentuale di parte variabile non viene declinata in misura fissa ma si afferma che non può eccedere il 30% della parte fissa, mentre l'attuale norma prevede il 50%. Lo stesso ragionamento è applicabile ai percorsi formativi per i quali si registra una documentata carenza di specialisti nel territorio, prevedendosi che la parte variabile possa essere elevata sino al 50%.

Per quanto attiene le modifiche proposte con gli artt. 2 e 3 al D.Lgs. 502/92, in merito ai ruoli dirigenziali per le cure primarie e intermedie, evidenziamo come oggi la priorità da affrontare sia la grave carenza di personale, compreso quello medico, che rischia di pregiudicare l'attività clinico assistenziale e non certamente la parte organizzativa.
Riteniamo pertanto che le eventuali modifiche debbano contemplare la presenza di personale medico con chiaro riferimento alle attività cliniche, perché è qui che oggi siamo fortemente carenti ed è sul reclutamento di personale destinato a tali attività che si gioca la piena attuazione della riforma territoriale prevista dal PNRR e dal DM 77/2022.