



Problematiche delle Scuole di Specializzazione in Medicina d'Urgenza – Decreto Calabria/Schillaci/Bertolaso

F. Franceschi



DL 19/24 che modifica all'art. 1 comma 548 bis della legge n. 145/2018 (Decreto Calabria)

- Viene **reintrodotta una data di termine** del provvedimento (31 dicembre 2026);
- Viene **eliminato il limite dei 18 mesi** se la Struttura che assume è fuori dalla rete formativa della Scuola;
- **La Struttura deve comunque far parte della rete di altro Ateneo nella specialità di riferimento** e questo requisito è richiesto al momento della stipula del contratto (quindi, l'accREDITamento può intervenire anche dopo aver espletato il concorso);
- Solo per le **Strutture private accreditate** rimane il limite di **assumere solo se fanno parte della rete formativa della Scuola**;

DL 19/24 che modifica all'art. 1 comma 548 bis della legge n. 145/2018 (Decreto Calabria)

- La formazione teorica compete alle Università e quella pratica, invece, compete alla Struttura, purchè accreditata, ovvero all'IRCCS di inquadramento (n.b.: gli IRCCS non sembrano aver bisogno di accreditamento per assumere specializzandi);
- La valutazione del medico in formazione diventa di competenza della Struttura: *“È sospesa la certificazione delle attività formative da parte del consiglio della scuola di specializzazione, secondo quanto stabilito dal progetto formativo della scuola stessa.”*;
- Saranno, quindi, le Strutture che assumono che *“devono garantire, oltre al tutoraggio, anche la certificazione delle competenze acquisite dallo specializzando e le attività assistenziali che lo specializzando può svolgere in autonomia. Tale certificazione sostituisce la prova di cui all'articolo 38, comma 2, del decreto legislativo n. 368 del 1999 ed è valida ai fini del rilascio del diploma.”*;
- le Università si limiteranno a rilasciare il diploma sulla base delle certificazioni che la Scuola riceverà dalle Strutture di inquadramento.



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XII / 1514

Seduta del 13/12/2023

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

MARCO ALPARONE *Vicepresidente*

ALESSANDRO BEDUSCHI

GUIDO BERTOLASO

FRANCESCA CARUSO

GIANLUCA COMAZZI

ALESSANDRO FERMI

PAOLO FRANCO

GUIDO GUIDESI

ROMANO MARIA LA RUSSA

ELENA LUCCHINI

FRANCO LUCENTE

GIORGIO MAIONE

BARBARA MAZZALI

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

SIMONA TIRONI

Con l'assistenza del Segretario Riccardo Perini

Su proposta dell'Assessore Guido Bertolaso

Oggetto

APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA PER IL SUPERAMENTO DELLE ESTERNALIZZAZIONI DEI SERVIZI SANITARI CORE E PER LA MIGLIORE GESTIONE DEL PERSONALE

INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI AI MEDICI SPECIALISTI

Allo scopo di evitare politiche ed interventi che si sostanzino in "concorrenza sleale" tra gli Enti del SSR, è opportuno che la procedura utile per il conferimento degli incarichi di lavoro autonomo a Medici da destinare a servizi sanitari, in regime fiscale di libera professione, sia condotto da soggetti appositamente individuati, e che i relativi incarichi conferiti prevedano remunerazioni orarie non disomogenee omnicomprensive di importo massimo determinato da Regione Lombardia attraverso le presenti linee guida, come da tabella sotto riportata.

La Direzione Generale Welfare identifica l'Ente gestore, per conto di tutti gli altri Enti del SSR, delle procedure di selezione di liberi professionisti a livello regionale. Le singole procedure devono essere effettuate con criteri che consentano la massima partecipazione di professionisti e la maggiore fruibilità delle risultanze, nel medio periodo, da parte degli Enti del SSR.

AREU, rispetto a tutte le procedure di selezione di liberi professionisti effettuate ai sensi del precedente capoverso, è individuata come Cabina di Regia, che deve svolgere funzioni di coordinamento, di monitoraggio e d'indirizzamento dei liberi professionisti presso gli Enti del SSR.

Resta inteso che rimane di esclusiva competenza degli Enti del SSR la titolarità dei singoli contratti LP e di tutti gli adempimenti connessi/discendenti.

La sotto riportata tabella evidenzia le tariffe degli incarichi di lavoro autonomo e gli importi riconoscibili alle specifiche professionalità indicate sulla scorta di analisi di quanto già praticato in numerosi Enti del SSR. Tali tariffe non sono derogabili su tutto il territorio regionale:

PROFESSIONISTI	Remunerazione oraria massima oltre oneri
Medici specialisti in Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore e in Medicina di Emergenza Urgenza	€ 80,00
Medici di Pronto Soccorso (tutti i profili professionali della Dirigenza Medica che garantiscono l'attività di PS)	€ 80,00
Altre professionalità mediche	€ 40,00

Ministro Schillaci: “Decreto legge 34 primo passo per riforma strutturale”. Misure per pronto soccorso, professioni sanitarie, medici "a gettone"

Medici a gettone e cooperative

Le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono procedere alle **esternalizzazioni una sola volta e senza proroga** per l'affidamento di servizi medici ed infermieristici. Questo può avvenire solo in caso di effettiva necessità e urgenza e dopo aver preventivamente verificato l'impossibilità di utilizzare il personale già in servizio, di assumere gli idonei utilmente collocati in graduatorie e di espletare procedure di reclutamento.

L'affidamento, inoltre, può riguardare solo i **punti di primo intervento, di pronto soccorso e non può durare più di dodici mesi**; la scelta deve ricadere su operatori economici che si avvalgono di personale medico e infermieristico in possesso dei prescritti requisiti di professionalità e che rispettano le disposizioni in materia d'orario di lavoro.

Incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive nei servizi di emergenza-urgenza

Le Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale possono ricorrere, per l'anno 2023, alle **prestazioni aggiuntive la cui tariffa oraria può essere aumentata fino a 100 euro lordi**.

Anticipo indennità di pronto soccorso

Anticipata al 1° giugno 2023 la specifica indennità per chi lavora in pronto soccorso prevista al 1° gennaio 2024.

Ministro Schillaci: “Decreto legge 34 primo passo per riforma strutturale”. Misure per pronto soccorso, professioni sanitarie, medici "a gettone"

Misure per il personale dei servizi di emergenza-urgenza

L'obiettivo è garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, facendo fronte alla carenza di professionisti nei servizi di emergenza-urgenza attraverso un ampliamento della platea dei professionisti che possono accedere al servizio e alle procedure concorsuali finalizzate alla stabilizzazione.

- chi ha maturato, tra il 1° gennaio 2013 e il 30 giugno 2023, almeno tre anni di servizio anche non continuativo presso i servizi di emergenza-urgenza è ammesso a partecipare ai concorsi per l'accesso alla dirigenza sanitaria del settore, anche se privo del relativo diploma di specializzazione;
- fino al 31 dicembre 2025, in via sperimentale, gli specializzandi possono assumere, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del servizio sanitario nazionale, per un massimo di 8 ore settimanali. Per tali attività è corrisposto un compenso orario, che integra la remunerazione prevista per la formazione specialistica, pari a 40 euro lordi comprensivi di tutti gli oneri fiscali, previdenziali e di ogni altro onere eventualmente previsto a carico dell'azienda o dell'ente che ha conferito l'incarico.
- fino al 31 dicembre 2025 il personale, dipendente e convenzionato, operante nei servizi di emergenza-urgenza in possesso dei requisiti per il pensionamento anticipato può chiedere la trasformazione del rapporto di lavoro da impegno orario pieno a impegno orario ridotto o parziale

Ministro Schillaci: “Decreto legge 34 primo passo per riforma strutturale”. Misure per pronto soccorso, professioni sanitarie, medici "a gettone"

Specializzandi

Le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario nazionale, nonché le strutture sanitarie private accreditate appartenenti alla rete formativa, possono assumere con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, **con orario a tempo parziale coloro che, a partire dal terzo anno del corso di formazione specialistica** (medici, medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi), regolarmente iscritti, siano utilmente collocati nella graduatoria separata **in esito alle procedure concorsuali** per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario nella specifica disciplina bandita. Viene eliminato il limite al 31 dicembre 2025 e non è previsto un termine.



UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
EUROPEAN UNION OF MEDICAL SPECIALISTS

Association internationale sans but lucratif

International non-profit organisation

AVENUE DE LA COURONNE, 20
BE- 1050 BRUSSELS

www.uems.net

T +32 2 649 51 64

F +32 2 640 37 30

info@uems.net

UEMS Section & Board of Emergency Medicine

European Training Requirements for the Specialty of Emergency Medicine

European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training

(old chapter 6)

2. Level of competence expected:

The Emergency Physician will progress in competence from a novice to expert and in being able to recognise a clinical condition or problem to being able to independently provide definitive treatment. There will also be progression in skills in managing time, multi-tasking, supervision, leadership and other core professional skills. In this regard 5 levels of competence are recognised:

Level 1: The physician is able to recognise that the patient potentially suffers from the condition or diagnosis. The physician manages single patients and requires supervision

Level 2: The physician is able to estimate the likelihood that the patient suffers from a specific condition on the basis of bedside information (history, physical examination, bedside tests e.g. ultrasound, ECG, initial blood tests, urinalysis) and using clinical decision tools. The physician may manage simple conditions independently.

Level 3: The physician knows how and acts to further evaluate the patient to rule-in or rule-out the diagnosis and may manage more than one patient at a time.

Level 4: The physician knows how to initially manage the majority of patients in the ED and is able to undertake much of the initial work independently. The physician will manage more than one patient at a time and provide limited supervision and support to others.

Level 5: The physician knows how to arrange further care either in-hospital or out-of-hospital and can coordinate the care as required or completes the care themselves where appropriate. The physician can provide leadership to others and supervise a department during a shift.

Summative assessment is usually a formal assessment that takes place after a specified training period with the purpose of **deciding whether the trainee has reached a standard to proceed to the next level of training** or to be awarded a certificate of Completion of Training. The methods of summative assessment **should** include:

- **Written examinations** (multiple choice questions, short answered questions, essays).
- **Oral and practical examinations** (clinical vivas and objective structured clinical examinations or OSCEs i.e. stations to assess medical knowledge, clinical, communication and ethical skills in short predetermined scenarios).
- Evaluation of trainee's Portfolio and confirmation of appropriate progression
- The Section and Board recommend that the **European Board Examination in Emergency Medicine is adopted by all European countries** as the final assessment of competence to promote freedom of movement of specialists in Europe.

3.3.3 Assessment of progress

Specialist education and training **must** include **continuous assessment** which tests whether the trainee has acquired the requisite knowledge, skills, attitudes and professional qualities to practise in the specialty of Emergency Medicine. **This must include formal annual and final evaluations.** The annual evaluation **must** formalise the assessment of a trainee's competence to promote the trainee's improvement.

Final completion of a training programme should be dependent upon review of the trainee's portfolio as well as success in the final examination. **The Training programme director must provide an overall judgment** about the trainee's competence and fitness to practice as an independent specialist in Emergency Medicine.

II. TRAINING REQUIREMENTS FOR TRAINERS

1. Definitions of trainers

The faculty is defined as all senior physicians and healthcare professionals who contribute to the training of the trainee. Faculty are made up of:

Training programme directors (TPD) who supervise a training programme, ensure quality of trainers and training placements and coordinate placements to ensure trainees achieve the correct experience

Educational supervisors who provide ongoing individual professional development advice, monitor progression, provide placement reports on an annual basis and who are responsible for a limited number of trainees. Educational supervision activity usually occurs outside of clinical time in the emergency department and the majority of educational supervision does not include patient contact. Each trainee should have a named educational supervisor who provides advice and support over an extended period in one or more placements

Clinical supervisors who provide support in patient contact activity – giving clinical advice and maintaining standards of care for patients. Clinical supervisor supervise multiple trainees at one time, and the activity is usually within their clinical time. Clinical supervisors may undertake workplace based assessment as part of the clinical supervision.

All physicians should participate in practice-based training as emphasised. Trainers should receive training for their educational activity and demonstrate ongoing regular professional development in educational matters.



3. Evaluation of trainers

The Training Program Director **must** evaluate trainer performance at least annually. This appraisal **should** include evaluation of clinical teaching ability, clinical knowledge, professional attitude and academic activities. Trainers should be supported in developing their supervisory skills.



2.3 Evaluation of training programmes

Regular internal and external evaluation of the Training Programme **must** be assured in a **systematic manner** both as regards adherence to the curriculum and the attainment of educational goals. Both trainees and trainers **must** have the opportunity to evaluate the programme confidentially and in writing at least annually. External evaluation may be requested to the Section and Board (at the expense of the local organisation).

2. Quality Management within Training programmes

2.1 Criteria for training centre

Training should generally be carried out in **university hospitals or affiliated teaching hospitals** although some training can take place on **rotations in general hospitals** or the community/pre-hospital environment providing case-mix and supervision is adequate (as above).

Each training institution should have an **internal system of medical audit** or quality assurance, including a **mortality review process for reporting adverse events**.

The curriculum should be delivered through a **variety of learning experiences**. The foundation of postgraduate education in Emergency Medicine is predominately experiential training in conjunction with formal teaching sessions with the aim of integrating theory and clinical activities.

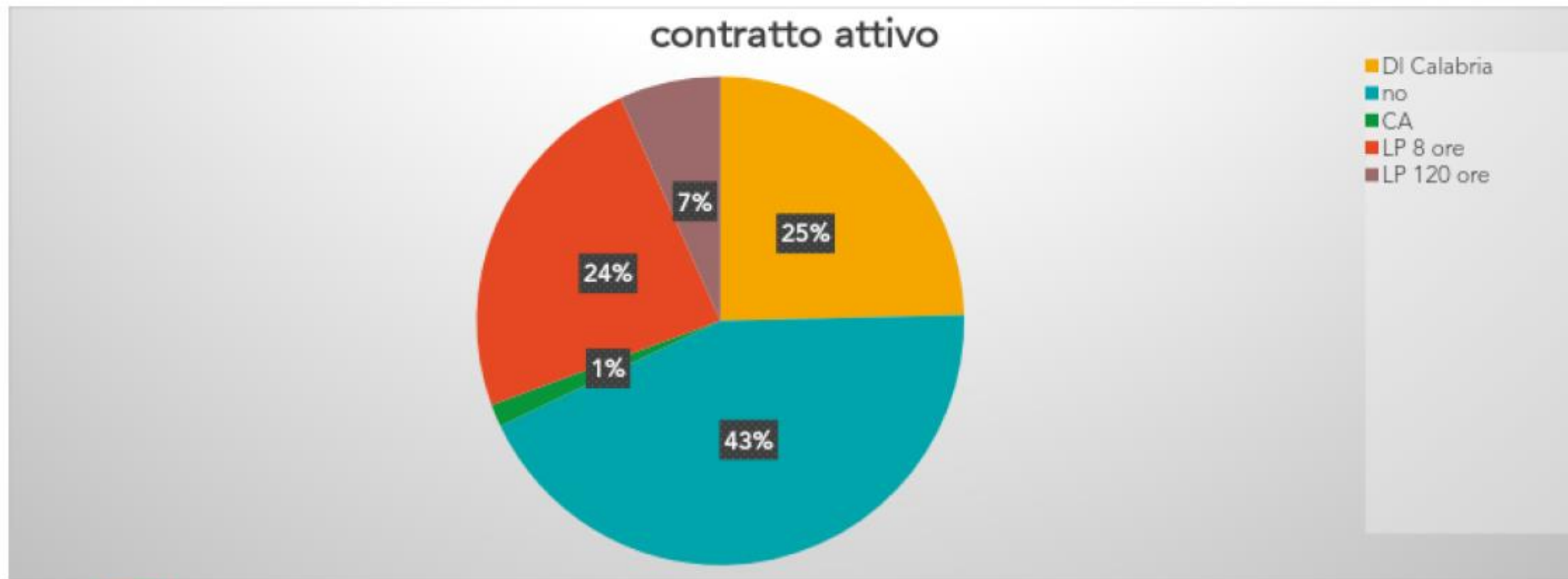
The trainees should be given opportunities for self-directed learning and professional development with agreed learning objectives and goals for the learning period.

The background is a dark gray grid with various geometric shapes (squares, rectangles, circles) in colors like blue, purple, brown, and black. Some shapes have shadows, giving a 3D effect. A large white circle is centered on the slide. Four orange dashed lines are positioned around the top-left of the white circle. A solid teal circle is located at the bottom-right edge of the white circle.

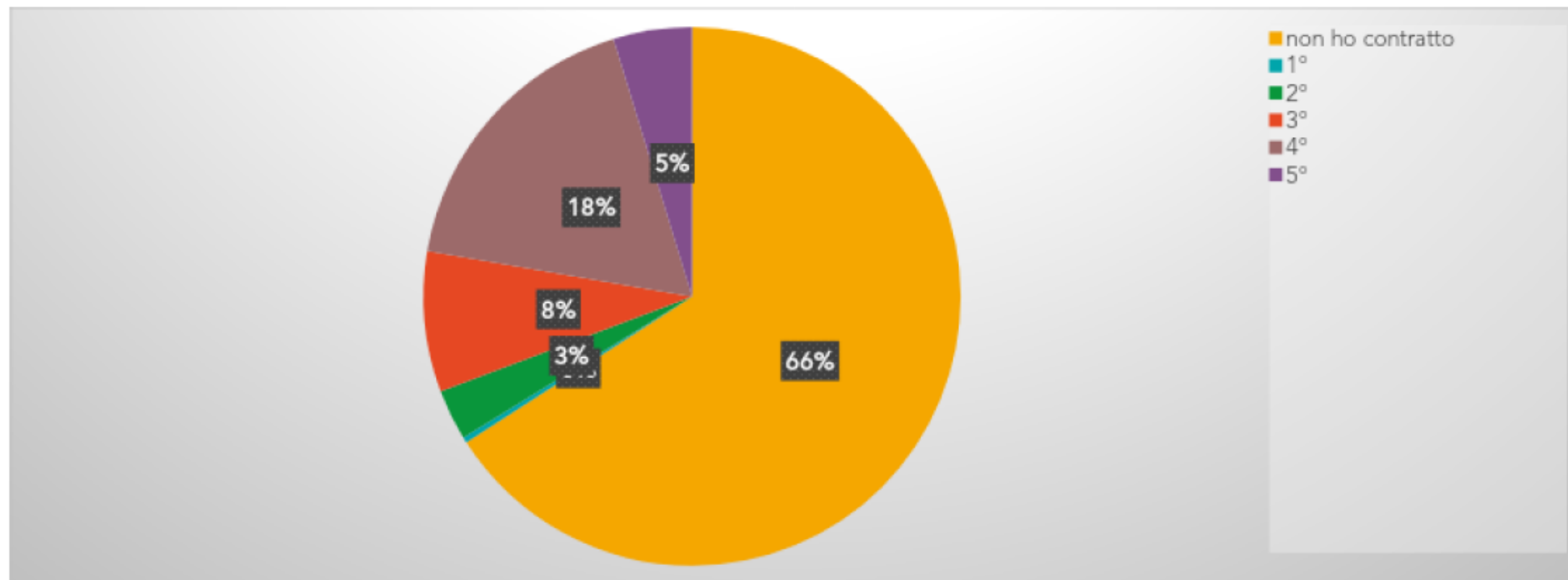
DI Calabria

Cosa pensano gli specializzandi

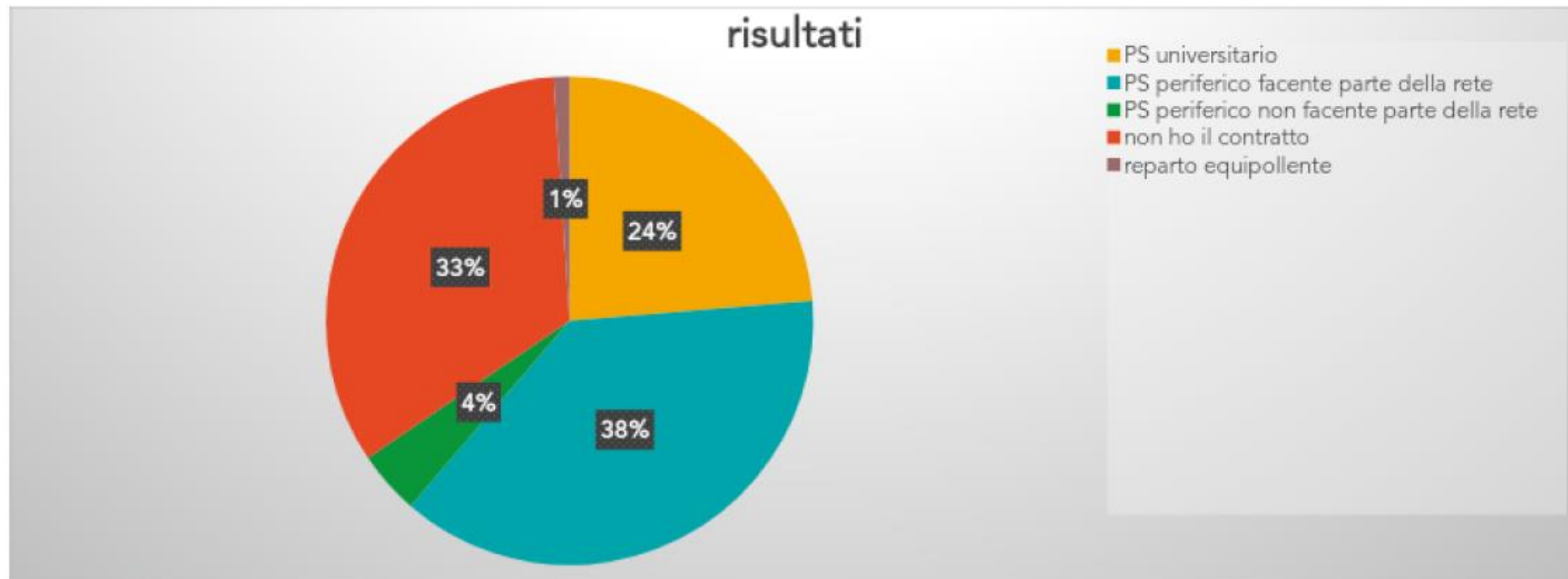
Hai un contratto attivo?



A che anno hai sottoscritto il contratto a tempo pieno?



Dove hai sottoscritto il contratto?



Perché? Motiva brevemente la risposta precedente

sì



- ☐ Motivazioni economiche
- ☐ Autonomia lavorativa
- ☐ Aumentare confidenza e opportunità di crescita
- ☐ Essere assunti nel luogo di lavoro futuro / agevolare ingresso nel mondo del lavoro
- ☐ Sopperire carenze formative della scuola

no



- ☐ Mancanza di tutoraggio e poca tutela
- ☐ Mancanza di momenti formativi / Inficia la qualità della formazione fino a mortificarla
- ☐ Carico di lavoro eccessivo
- ☐ Terminare il percorso di specializzazione

Take Home Messages - 1

- I Decreti nazionali e regionali finora prodotti hanno cercato di coprire le gravi carenze di organico dei PS
- Il Decreto Calabria è il meno apprezzato dai nostri specializzandi, fatta eccezione per quelli degli ultimi 2 anni
- Il Decreto Calabria nella sua attuale versione confligge con le norme della Declaratoria Europea della Scuola MEU

Take Home Messages - 2

- Diverso è il discorso dei contratti LP, più in linea con la declaratoria e con i programmi formativi delle Scuole
- Occorre lavorare per uniformare il più possibile i programmi formativi delle Scuole MEU italiane
- Occorre definire con regole chiare ed identificare i Teaching Hospital su tutto il territorio nazionale



Grazie!