



UNIONE EUROPEA  
Fondo Sociale Europeo  
Fondo Europeo di Sviluppo Regionale



## Rapporto di Valutazione

### PON Ricerca e Innovazione 2014-2020

#### Asse IV - Riprogrammazione REACT-EU

AZIONE IV.I – “SPESE STRAORDINARIE PER L’ACQUISIZIONE DI PERSONALE SANITARIO AI FINI DEL CONTRASTO ALLA CRISI DEI SERVIZI SANITARI IN CONSEGUENZA DELLA PANDEMIA DA COVID-19”

Gruppo di lavoro:

*Coordinamento:* dott.ssa Erika De Crescenzo

*Esperti middle:* dott.ssa Nunziata Gallo

*Esperti Junior:* dott. Mattia Izzo

**EUTALIA**  
studiare sviluppo

## Sommario

|  |    |
|--|----|
| EXECUTIVE SUMMARY.....   | 4  |
| PREMESSA.....  | 8  |
| 1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO .....  | 9  |
| 2. IL QUADRO NORMATIVO E PROGRAMMATICO DELL’AZIONE IV.1 .....  | 19 |
| 3. I CONTRATTI DI SPECIALIZZAZIONE MEDICO SPECIALISTICA: PROGRAMMAZIONE COMPLESSIVA<br>ANNUALITA’ 2020/2021 E 2021/2022..... | 21 |
| 4. LA TEORIA DEL CAMBIAMENTO SOTTOSTANTE L’INTERVENTO .....  | 26 |
| 5. LE DOMANDE DI VALUTAZIONE .....   | 30 |
| 6. LA DESCRIZIONE DELL’INTERVENTO .....  | 32 |
| 6.1 Obiettivi dell’intervento e differenze territoriali.....   | 32 |
| 6.2 Dotazione finanziaria e ripartizione territoriale .....  | 33 |
| 6.3 Analisi di genere dei Destinatari.....   | 34 |
| 7. L’AVANZAMENTO PROCEDURALE DELL’AZIONE IV.1 .....  | 36 |
| 7.1 I Annualità 2020/2021 .....  | 36 |
| 7.2 II Annualità 2021/2022 .....   | 40 |
| 8. LA RIPARTIZIONE DEI CONTRATTI PER SPECIALIZZAZIONE MEDICA.....  | 43 |
| 9. GLI INTERVENTI ANALOGHI .....   | 47 |
| 9.2 Contratti di specializzazione medica finanziati da fonti regionali .....   | 50 |
| 10. GLI INDICATORI DI PROGRAMMA DELL’AZIONE IV.1 .....   | 55 |
| 10.1 Indicatori di output.....   | 55 |
| 10.2 Indicatori di risultato .....   | 56 |
| 11. LA DESCRIZIONE DELL’INDAGINE DI CAMPO.....   | 58 |
| 12. GLI ESITI DELL’INDAGINE DI CAMPO .....   | 60 |
| Effetti sulla platea dei medici specializzandi .....   | 60 |
| Aree di specializzazione medica .....  | 63 |
| Potenziamento dei percorsi formativi.....  | 70 |
| Comunicazione e pubblicità .....   | 72 |
| CONCLUSIONI .....  | 73 |
| BIBLIOGRAFIA .....   | 76 |
| SITOGRAFIA .....   | 77 |
| ALLEGATI.....  |    |
| Allegato 1. Tabella A decreto attuativo 23 dicembre 2022 – Elenco beneficiari Azione IV.1 .....                              |    |

Allegato 2. Missione 6 – Salute, Tabella di sintesi degli interventi di competenza del Ministero della Salute PNRR. ....

Allegato 3. Tabella A, allegata al decreto del Ministero della Salute, Ministero dell’Economia e delle Finanze, Ministero dell’Università e della Ricerca. Decreto 19 aprile 2023. Beneficiari contratti PNRR.....

Allegato 4. Tabella B, allegata al Decreto 19 aprile 2023 - quote risorse rendicontabili. ....

Allegato 5. Traccia di intervista semi strutturata. ....

## EXECUTIVE SUMMARY

In questo rapporto vengono presentati i risultati dell'analisi di valutazione dell'Azione IV.1 - *Spese straordinarie per l'acquisizione di personale sanitario ai fini del contrasto alla crisi dei Servizi Sanitari in conseguenza della pandemia da Covid-19* afferente all'Asse IV "Istruzione e ricerca per il recupero REACT-EU" introdotto con la riprogrammazione del PON Ricerca e Innovazione 2014 – 2020, approvata con Decisione della Commissione europea C(2021) 5969 del 6 agosto 2021, a valere sul nuovo Obiettivo Tematico 13 "Promuovere il superamento degli effetti della crisi nel contesto della pandemia di COVID-19 e delle sue conseguenze sociali e preparare una ripresa verde, digitale e resiliente dell'economia".

Per comprendere gli ambiti e le caratteristiche dell'intervento e i suoi possibili effetti, raccogliere spunti di riflessione, **opinioni approfondite, nuove questioni e altri elementi conoscitivi di natura qualitativa, in particolare** a supporto delle fasi di analisi desk, si è fatto ricorso a più strumenti (analisi di contesto; *review* della letteratura e della normativa in materia di contratti di specializzazione; analisi dei dati di monitoraggio del MUR; indagine diretta ad un *panel* di testimoni privilegiati attraverso la conduzione di interviste semi-strutturate in profondità).

**L'analisi di contesto** ha evidenziato che la pandemia ha messo sotto pressione il Sistema Sanitario Nazionale, il quale presenta caratteristiche molto variegata a livello regionale. È emerso un quadro con significative disparità sociali e territoriali nell'erogazione dei servizi sanitari, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; con tempi di attesa elevati per l'erogazione delle prestazioni; con problematiche legate al personale. La carenza di medici specialisti in alcuni specifici ambiti - in special modo nelle specializzazioni di medicina di urgenza - si è resa ancor più evidente con l'emergenza epidemiologica da Covid-19. In questo scenario, l'Azione IV.1 si è posta come obiettivo specifico proprio il rafforzamento della resilienza e della capacità del Sistema sanitario nazionale, aumentando il numero di accessi alla formazione medica specialistica per i laureati in medicina e chirurgia.

L'Azione è stata attivata con Decreto Direttoriale n. 1077 del 27 giugno 2022, tenuto conto della Legge 30 dicembre 2020, n. 178 "*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2021-2023*", commi 421 e 422<sup>1</sup>, attraverso l'impegno di risorse REACT-EU a valere sul PON Ricerca e Innovazione 2014-2020 pari a 210 milioni di euro - di cui 72 milioni nel Mezzogiorno - ripartiti in egual misura (105 Milioni di euro) per ciascuno degli anni accademici 2020/2021 – 2021/2022. L'attuazione dell'intervento è stata avviata con Decreto Direttoriale n. 22043 del 23 dicembre 2022 che ha individuato 41 Atenei beneficiari finali, distribuiti in tutto il territorio italiano.

L'intervento ha complessivamente finanziato 8.400 contratti di specializzazione medica, triennali e quadriennali, ripartiti in 4.200 unità per ciascuna delle due annualità prese a riferimento. Questi contratti rappresentano una "fetta" rilevante, pari a circa un terzo, del totale dei contratti di specializzazione medica coperti con fonti statali e finanziati nei due anni accademici. L'Azione si è configurata come un'operazione a regia del Ministero dell'Università e della Ricerca e di *refunding* rispetto a una quota parte di tali posti banditi a livello statale ed è stata implementata in parallelo con le azioni del PNRR e delle Regioni.

---

<sup>1</sup> Comma 421. Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è autorizzata l'ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022 [...]. Ai predetti oneri si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per gli anni dal 2021 al 2025. Comma 422. *Per l'attuazione del comma 421 concorrono le risorse del Programma Next Generation EU per 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022.*

**L'analisi desk** e dei dati di monitoraggio del MUR ha evidenziato che i contratti finanziati coprono 33 tipologie di specializzazioni mediche differenti. Quelle più rilevanti in termini quantitativi sono: Radiodiagnostica (456 contratti), Malattie dell'Apparato Cardio Vascolare (401 contratti), Igiene e Medicina Preventiva (340 contratti), Psichiatria (339 contratti).

L'attività di valutazione ha indagato quali sono le specialità mediche finanziate dall'Azione IV.1 con più iscritti e quali non sono state "coperte"/scelte dagli specializzandi. Il 58% sul totale della I annualità (4.200), pari a 2.242 contratti, afferiscono all'area medica e dunque alle classi di Medicina Clinica Generale e Specialistica e Neuroscienze e Scienze Cliniche del Comportamento. Il 36% dei contratti, ovvero n. 1.528 afferiscono all'Area dei servizi clinici; mentre, solo il 6% di essi, ovvero 230 contratti, afferiscono all'Area Chirurgica. Le specializzazioni protagoniste del periodo emergenziale, quali Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale, Medicina d'Emergenza Urgenza, afferiscono proprio all'area chirurgica, quella meno coperta dall'Azione implementata con risorse REACT-EU, ma hanno un percorso di specializzazione formativo di 5 anni, e dunque sono finanziate con altre tipologie di fonti (quali PNRR/fonti regionali).

L'analisi di genere dei destinatari rileva che sono rispettati i principi "orizzontali" dei Criteri di Selezione delle Operazioni e risulta funzionale nel rispetto di quanto sancito nell'art. 19 del TFUE e l'art. 7 del Regolamento (UE) n.1303/2013, volta a contrastare qualsiasi discriminazione. I dati di monitoraggio sui destinatari registrano infatti una compresenza equilibrata delle due componenti, femminile e maschile, in tutte le tipologie di specializzazioni mediche, ad eccezione di "Scienza dell'alimentazione" ove vi è una presenza esclusiva di specializzande.

Dal punto di vista procedurale e finanziario, i dati di monitoraggio rilevano che lo stato di avanzamento dell'intervento, gestito sulla piattaforma Cineca, risulta in linea con i tempi fissati in sede di programmazione; in particolare, la rendicontazione della spesa della prima annualità (a.a. 2020/2021) relativa a 4.200 contratti risulta conclusa positivamente, mentre relativamente alla seconda (a.a. 2021/2022), che è ancora in corso di finalizzazione, si stima di chiudere il processo entro i termini e le modalità previste con buon esito complessivo.

Le criticità sono state collegate alle eventuali rinunce da parte di pochi destinatari (ad esempio: specializzandi che hanno deciso di cambiare percorso formativo e di trasferirsi all'estero, oppure in caso di sospensioni per maternità). Questi casi (assai poco significativi dal punto di vista quantitativo) sono stati gestiti e risolti positivamente, ovvero la scuola di specializzazione ha effettuato una sostituzione del contratto in essere con un altro destinatario eleggibile all'Azione IV.1 al fine di non perdere il percorso formativo finanziato.

Punto di forza a livello procedurale è stato determinato dall'avvalersi per la II annualità 2021/2022 del medesimo Codice Unico di Progetto (CUP) già richiesto al MEF e utilizzato per la I annualità. In tal modo, si è facilitato il processo di rendicontazione e di caricamento di alcuni documenti propedeutici, in quanto già caricati e presenti in piattaforma Cineca in precedenza, e agevolato dall'uso, ove possibile, dello stesso CUP.

A valle dell'analisi desk, al fine di dare risposta alle specifiche domande del Piano di Valutazione, tra i mesi di giugno e settembre 2023 si è effettuata **un'indagine di campo** attraverso 7 interviste semi-strutturate in profondità a testimoni privilegiati, ovvero ad un panel di *stakeholders*, selezionati tra i soggetti maggiormente rappresentativi della categoria dei medici specializzandi e più autorevoli in Italia nel dialogo con le istituzioni competenti in materia di formazione specialistica medica, e 2 interviste dirette a referenti dell'Assistenza Tecnica dell'intervento.

I principali ambiti indagati hanno riguardato:

- gli effetti sulla platea degli specializzandi (ad es., in che misura l'Azione IV.1 a valere sulle risorse REACT-EU ha inciso sulla platea di specializzandi e con quali effetti?);

- le aree di specializzazione medica (ad es., con riferimento ai contratti di specializzazione medica finanziati da REACT-EU quali sono le specialità mediche con più iscritti e quali specialità non sono state “coperte” dagli specializzandi?);
- il potenziamento del percorso formativo degli specializzandi (ad es., in che misura l’Azione IV.1 ha influito in termini di potenziamento sui percorsi formativi?);
- la comunicazione e pubblicità dell’intervento (ad es., il medico specializzando è a conoscenza della fonte di finanziamento della borsa?).

**La conduzione delle interviste** ai testimoni privilegiati ha permesso di raccogliere diversi elementi interessanti in materia di formazione post-lauream dei medici, grazie anche alla disponibilità dimostrata dagli interlocutori selezionati a raccontare la loro diretta esperienza maturata in veste sia di specializzandi, sia di rappresentanti dei giovani medici in formazione e del ruolo che ricoprono all’interno delle associazioni di categoria (Federspecializzandi, ANAOO Assomed, ANAOO Giovani, SIGM, ALS Fattore2A, etc.).

Dal punto di vista delle **risultanze positive**, ancorché non riferibili a un effetto diretto conseguito dal sostegno REACT-EU dal momento che i testimoni intervistati non sono stati in grado di risalire al contingente dei 4.200 contratti statali sostenuti dal Programma, tutti concordano che il numero dei posti disponibili e finanziabili programmato a partire dal 2020 – con particolare riferimento agli anni accademici in cui è intervenuto anche il finanziamento a valere sull’Azione IV.1 - sia stato sufficiente a svuotare il cosiddetto «imbuto formativo» creatosi negli anni precedenti, quando i posti disponibili per la specializzazione medica sanitaria non erano quantitativamente adeguati rispetto al numero degli aspiranti.

In termini programmatici l’Azione, che rappresenta una pratica di discontinuità del Programma in quanto inserita ex novo nella riprogrammazione del 2021, è intervenuta positivamente contribuendo a favorire meccanismi che mirano a:

- ✓ garantire un percorso di specializzazione ad un maggior numero di medici abilitati (ampliamento della platea degli specializzandi);
- ✓ sostenere la formazione specialistica di neolaureati abilitati che nell’arco di 4/5 anni contribuiranno al potenziamento della dotazione di personale competente;
- ✓ concorrere al riequilibrio della carenza di specialisti nel SSN;
- ✓ migliorare, nel medio-lungo termine, la capacità del Sistema di erogare i servizi sanitari necessari a garantire il raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L’indagine di campo ha restituito informazioni su come l’Azione abbia intercettato un contesto e un ambito di policy molto attenzionato anche a livello politico istituzionale, e ha suggerito diversi aspetti da migliorare che potrebbero contribuire a: i) migliorare la programmazione nell’ambito della specializzazione medica; ii) potenziare i percorsi formativi; iii) eventualmente indirizzare in futuro un intervento simile all’Azione IV.1.

I maggiori **punti di debolezza** su cui sarebbe raccomandabile intervenire sono così sintetizzabili:

- x sovrannumero di borse rispetto agli iscritti alle specializzazioni a causa dei numeri crescenti di *contratti non scelti o abbandonati*;
- x scarso *appeal* per talune branche (ad es., specializzazioni a carattere di urgenza ed emergenza) con conseguente rischio di carenza di specialisti nei prossimi anni;
- x alto tasso di stress nelle specialità a carattere di urgenza per eventuali responsabilità in ambito legale connesse ai rischi del lavoro in situazioni di emergenza;
- x squilibrio tra le ore di lavoro e le ore dedicate alla formazione teorica a causa del grosso impegno richiesto nei reparti universitari carenti di personale;
- x alta discrezionalità della scuola di specializzazione per autorizzare la formazione extra rete (in Italia o all’estero);

- x inadeguatezza dell'inquadramento del medico in formazione specie rispetto ai colleghi europei (ad es., tedeschi e spagnoli);
- x incertezza di regole in termini di diritti e tutele (ferie, malattia, congedi di matrimonio, assegni di maternità e di paternità, etc.) che rende lo specializzando più simile ad uno studente che ad un professionista;
- x presenza di disposizioni di incompatibilità con altre tipologie di rapporti di lavoro, pena la risoluzione anticipata del contratto, che richiede un impegno esclusivo dei medici in formazione in assenza di una indennità di esclusività.

In un'ottica di costruzione delle condizioni di ripresa e di rafforzamento della resilienza del Sistema sanitario nazionale, sarebbe auspicabile investire in una riforma strutturale dell'assistenza sanitaria in generale, e della formazione specialistica in particolare, che non può prescindere da una riforma anche culturale e scientifica, da cui la necessità impellente di aggiornare il percorso della formazione post-lauream dei futuri specialisti che, nella fattispecie, risulta sempre meno attrattivo e inadeguato al nuovo paradigma di riferimento. Sarebbe altresì urgente consolidare ed aggiornare il ruolo del medico specializzando garantendogli maggiore dignità professionale prevedendo, ad esempio, l'adeguamento dell'inquadramento del medico in formazione agli standard europei, oppure implementando un sistema di premialità o incentivi a coloro che scelgono di specializzarsi in quelle branche con meno appeal e più soggette alla fuga dei medici, come la medicina d'urgenza, sia in termini economici che in termini di flessibilità oraria.

In definitiva, il rapporto restituisce un quadro complessivo che delinea la misura in cui è stato avviato il potenziamento della dotazione di personale competente dei servizi sanitari nella fase emergenziale e post-emergenziale. I 4.200 contratti di formazione medica finanziati per due annualità (totale 8.400) genereranno un'immissione significativa di personale sanitario qualificato e specializzato a vantaggio del Sistema Sanitario centrando dunque l'obiettivo dell'Azione di contribuire a garantire entro il 2026 l'accesso alla formazione specialistica per tutti i laureati in medicina; tuttavia, in virtù dell'avvio dell'intervento solo a fine 2022 e dei risultati fin qui conseguiti, non è ancora possibile valutare l'impatto in termini di resilienza del sistema in quanto gli effetti si percepiranno verosimilmente solo al termine del ciclo di formazione avviato nell'anno accademico 2020/2021.

Si suggerisce pertanto di procedere con successive valutazioni d'impatto dell'intervento specifico supportato per testare, nell'ambito della teoria del cambiamento, l'effettivo cambiamento generato; in particolare, si suggerisce di procedere ad ulteriori approfondimenti sugli effetti che si potranno misurare solo a partire dal biennio 2025/2026, intercettando anche i diretti destinatari delle borse finanziate con le risorse REACT-EU. Sarebbe altresì interessante operare un confronto con l'intervento analogo implementato nell'ambito della Missione 6 – Salute del PNRR che è attualmente ancora in corso di attuazione.

## PREMESSA

L'Unione europea è intervenuta con l'iniziativa Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe (REACT-EU) nell'ambito di Next Generation EU (NGEU), un "*programma-ponte*" creato nell'emergenza della pandemia di Covid-19, che riunisce, estende e sistematizza altre misure emergenziali adottate nello stesso periodo. Attraverso questo programma sono state assegnate risorse supplementari ai programmi della politica di coesione 2014-2020 allo scopo di promuovere il superamento degli effetti negativi della pandemia sull'economia, sull'occupazione e sui sistemi sociali, e di sostenere la transizione verde e digitale.

L'Azione IV.1 è dedicata alla formazione dei medici specializzandi per gli anni accademici 2020/2021 e 2021/ 2022 a valere sul FSE all'interno del PON Ricerca e Innovazione 2014-2020 a titolarità del Ministero dell'Università e Ricerca, e nasce con la finalità di favorire il sostegno alla formazione specialistica dei medici e di potenziare la dotazione di personale competente dei servizi sanitari nella fase emergenziale e post-emergenziale.

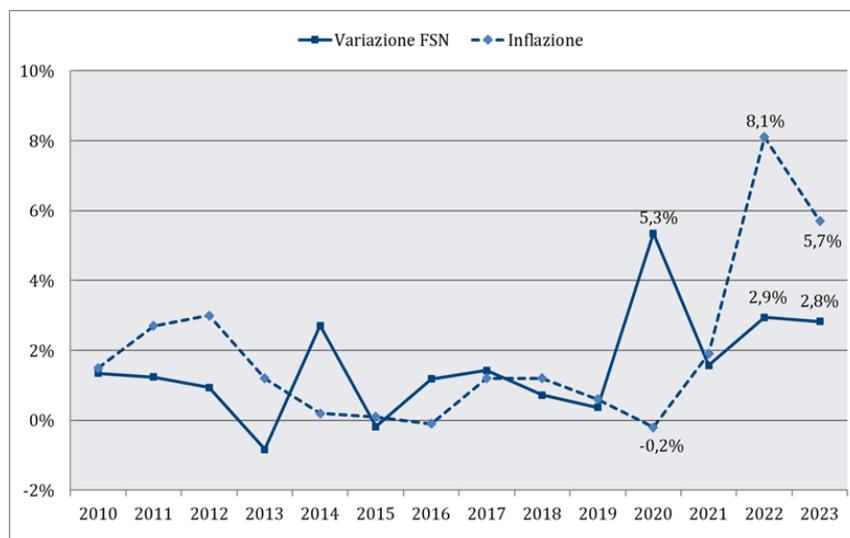
## 1. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

La pandemia ha posto sotto pressione i Sistemi Sanitari di tutti gli stati membri, l'offerta dei servizi sanitari in Italia ha caratteristiche variegata poiché rispecchia la differenziazione delle scelte organizzative e programmatiche delle diverse Regioni. Il servizio sanitario nazionale (SSN) è decentrato e organizzato su base regionale. Il governo centrale riversa parte delle entrate fiscali generali nell'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici e definisce il pacchetto di prestazioni sanitarie (i cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza, LEA).

In capo a ciascuna regione vi è responsabilità dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sanitari tramite le unità sanitarie locali, gli ospedali pubblici e privati accreditati. L'assistenza sanitaria è garantita per tutti i cittadini e gli stranieri legalmente residenti. La forte variabilità dei sistemi sanitari nel nostro Paese ha il vantaggio che il sistema è costituito e pensato "nel" e "con" il territorio esprimendo la peculiarità della domanda territoriale ma ha come elemento di debolezza la disparità che si crea fra le regioni con servizi di qualità diversa. Vi sono notevoli differenze legate alla qualità dei servizi offerti ad esempio a livello geografico fra Nord e Sud Italia, legate a fattori socioeconomici (l'aspettativa di vita è mediamente superiore per chi ha redditi alti e chi ha un livello elevato d'istruzione<sup>2</sup>- Istat 2021).

Il fabbisogno sanitario nazionale (FSN) dal 2010 al 2023 è aumentato complessivamente di € 23,3 miliardi, in media € 1,94 miliardi per anno, ma con trend molti diversi tra il periodo pre-pandemico (2010-2019), quello pandemico (2020-2022) e post-pandemico (2023)<sup>3</sup>.

Fig. 1 - 2010-2023: variazione percentuale del FSN e dell'inflazione (anni 2010-2023)



Fonte: VI Rapporto Gimbe sul Sistema Sanitario Nazionale 2023

**2010-2019 Periodo di tagli.** La crisi di sostenibilità del SSN coincide con un esteso periodo di flessione economica durante il quale la curva del fabbisogno sanitario nazionale si è gradualmente livellata, in conseguenza di scelte politiche che nel decennio 2010-2019 hanno determinato un imponente definanziamento del SSN.

<sup>2</sup> <https://www.istat.it/it/files/2022/04/2.pdf>

<sup>3</sup> 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale 2023.

**2020-2022 il periodo legato alla pandemia da Covid-19.** Le risorse destinate alla sanità dalle Leggi di Bilancio 2020, 2021, 2022, che nel triennio hanno definito un incremento complessivo del FSN di € 11,6 miliardi, hanno evidenziato un deciso cambio di passo nel trend del finanziamento pubblico del SSN, aumentato in media del 3,4% annuo: un tasso superiore a quello dell'inflazione media annua del periodo 2020-2021 (0,9%) che ha segnato il termine della stagione dei tagli.

**2023- 2025 il prossimo futuro.** La Legge di Bilancio 2023 incrementa il FSN di € 2.150 milioni per il 2023, di cui € 1.400 milioni per contribuire ai maggiori costi per l'aumento dei prezzi delle fonti energetiche. Essa ha previsto in dettaglio:

- Fabbisogno Sanitario Nazionale standard (comma 535): € 2.150 milioni per l'anno 2023, €2.300 milioni per l'anno 2024 e € 2.600 milioni a decorrere dall'anno 2025.
- Borse di studio per la formazione dei medici di medicina generale (comma 588): € 5 milioni a decorrere dal 2023.

Il comma 588 della legge di Bilancio 2023<sup>4</sup> incrementa sostanzialmente di 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2023 le disponibilità vincolate sul Fondo sanitario nazionale per l'attivazione di ulteriori borse di studio per i medici di medicina generale che partecipano a corsi di formazione specialistica.

**Tab. 1 - Legge di Bilancio 2023: incremento del FSN (dati in milioni di euro)**

| Misure   | 2023  | 2024  | 2025  |
|--|-------|-------|-------|
| Incremento FSN standard (c. 535)   | 2.150 | 2.300 | 2.600 |
| Borse di studio per la formazione dei medici di medicina generale (c. 588) | 5     | 5     | 5     |

Fonte: VI Rapporto Gimbe sul Sistema Sanitario Nazionale 2023

La pandemia ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto. Si segnalano:

- (i) significative disparità sociali e territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- (ii) tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;
- (iii) problematiche legate al personale;
- (iv) necessità di ristrutturazione delle reti ospedaliere e territoriali.

**Condizioni sociali legate alla salute.** Recenti dati Istat<sup>5</sup> regionali per genere e livello di istruzione - una *proxy* della condizione sociale - mostrano che, in media, l'aspettativa di vita alla nascita oscilla secondo il livello di istruzione tra 86,0 e 84,5 anni per le donne e tra 82,3 e 79,2 anni per gli uomini; il gap tra individui con basso livello di istruzione della Campania e quelli con alto livello di istruzione della Provincia autonoma di Bolzano arriva a 4 anni per le donne e a 6,1 anni per gli uomini.

<sup>4</sup> <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01368117.pdf>

<sup>5</sup> <https://www.istat.it/it/files/2022/04/2.pdf>

**I divari tra i sistemi sanitari regionali.** La riorganizzazione sempre più rigida e il controllo centrale progressivamente più stringente sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) sono stati orientati in via prioritaria al rientro dai disavanzi. Successivamente ci si è concentrati sul rispetto uniforme sul territorio dei livelli<sup>6</sup> essenziali di assistenza (LEA)<sup>7</sup>. La capacità di riorientare i servizi verso assetti più organizzati non è stata peraltro uniforme sul territorio. Di conseguenza le Regioni sottoposte a piano di rientro presentano, oltre agli squilibri economici, elevata mobilità passiva e livelli delle prestazioni non soddisfacenti.<sup>8</sup> I Piani di Rientro (PdR) sono finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni sanitarie ed a raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali. Attualmente, le regioni in Piano di Rientro sono sette (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise Puglia e Sicilia), di cui due commissariate (Molise e Calabria). Una situazione di disavanzo di particolare difficoltà è stata affrontata dal decreto-legge 35/2019<sup>9</sup> (c.d. Decreto Calabria), il cui capo I è interamente dedicato a disposizioni speciali per la Regione Calabria, volte a ripristinare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in ambito sanitario, nonché ad assicurare il raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario regionale secondo i relativi programmi operativi.

Fig. 2 – Divari tra Sistemi Sanitari Regionali<sup>10</sup>

---

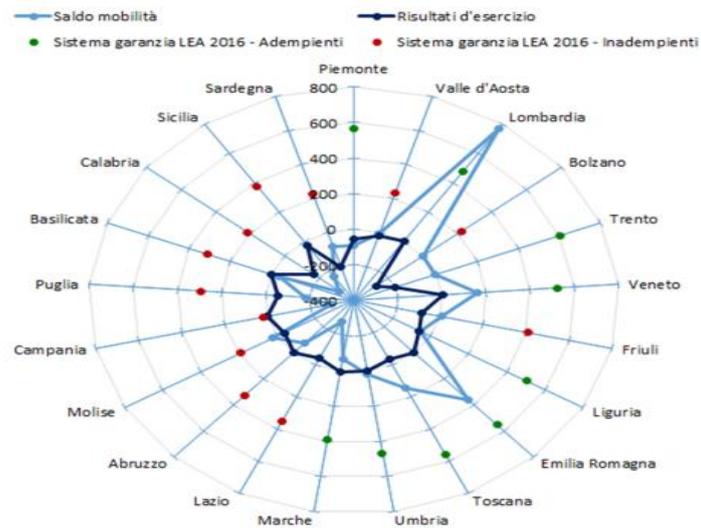
<sup>7</sup>Il 18 marzo 2017 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15) il [Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri \(DPCM\) del 12 gennaio 2017](#) con i nuovi Livelli essenziali di assistenza. Il nuovo Decreto sostituisce infatti integralmente il [DPCM 29 novembre 2001](#), con cui i LEA erano stati definiti per la prima volta. Il provvedimento, che rappresenta il risultato di un lavoro condiviso tra Stato, Regioni, Province autonome e Società scientifiche, è stato predisposto in attuazione della Legge di stabilità 2016, che ha vincolato **800 milioni di euro** per l'aggiornamento dei LEA.

<sup>8</sup> <https://www.upbilancio.it/pubblicato-il-focus-n-6-lo-stato-della-sanita-in-italia/>

<sup>9</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2019:35>

<sup>10</sup> Fonte Ufficio Parlamentare di Bilancio Focus n. 6 “Lo stato della sanità in Italia”  
<https://www.upbilancio.it/pubblicato-il-focus-n-6-lo-stato-della-sanita-in-italia/>

**Fig. 2 – Divari tra SSR**  
*(saldo mobilità e risultato di esercizio 2018 in milioni di euro (1); punteggio LEA relativo al nuovo sistema di garanzia, somma degli indicatori relativi ai tre livelli, misurato sul secondo asse: ogni 50 punti LEA nel grafico è visibile un cerchio tratteggiato)*



Fonte: elaborazioni su dati Ragioneria generale dello Stato (2019), *op. cit.*, Corte dei Conti (2019), *op. cit.*, Ministero della Salute (2019), "Il Nuovo Sistema di Garanzia", agosto, disponibile al link <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>.

(1) Nel Lazio è stata esclusa la mobilità verso gli enti Bambin Gesù e ACISMOM, di cui alla nota 82.

La mobilità implica un trasferimento di fondi dalle Regioni meridionali, dalle Marche e dal Lazio ad altre Regioni, in primis verso la Lombardia, e poi l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Toscana. Le prime così, oltre ad avere meno risorse a disposizione per implementare i propri Sistemi Sanitari regionali, contribuiscono, da un lato, a finanziare i servizi sanitari (e in definitiva il sistema economico) delle seconde e, dall'altro, ad affollarli. L'alta mobilità interregionale dei pazienti è uno degli indicatori delle disuguaglianze nell'erogazione dei servizi sanitari in tutto il paese. Secondo lo *"State of Health in the EU Italia. Profilo della Sanità 2019"* a cura dell'OECD, la percentuale di pazienti sottoposti a cure in una regione diversa da quella di origine è passata dal 7 % nel 2001 a circa l'8,5 % nel 2016. La percentuale di pazienti originari delle regioni meridionali che scelgono di recarsi in altre regioni per ricevere cure mediche è quasi doppia rispetto a quella dei pazienti che vivono al Nord<sup>11</sup>. I dati economici dei Servizi Sanitari Regionali, aggiornati a luglio 2023, sono forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali<sup>12</sup> (AGENAS), organo tecnico-scientifico del SSN, per attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministero della salute e delle Regioni. La crisi sanitaria ha dunque imposto una riflessione a livello nazionale, non solo nella risposta all'emergenza, ma anche in vista del necessario rafforzamento del sistema, per superare le numerose criticità e far fronte alle ulteriori sfide globali per la salute legate a rischi climatici e ambientali, anzianità della popolazione, transizione digitale. Il cambiamento nella struttura demografica della popolazione, caratterizzato dal processo di progressivo invecchiamento della popolazione; l'aumento della cronicità nelle malattie; sono elementi che incidono significativamente sul cambiamento della domanda di cura e di intervento da parte del SSN. In questo mutevole contesto, le dinamiche sociali si stanno intersecando con le criticità interne ai sistemi sanitari. La crisi economica e finanziaria che riduce le disponibilità di risorse; la difficoltà di riduzione delle disuguaglianze di salute, sono fattori che sottolineano la necessità di riconfigurare sistemi sanitari e sociosanitari per renderli più coerenti con le caratteristiche della società odierna e con la domanda di salute che la caratterizza<sup>13</sup>.

**Problematica del personale sanitario.** La spesa per il personale è una voce che è stata influenzata maggiormente dalle restrizioni e dai tagli negli ultimi anni. Tra il 2010 e il 2018, la spesa si è ridotta in valore assoluto di quasi 2 miliardi. A questo andamento ha corrisposto un ridimensionamento del numero di lavoratori, inclusi medici e infermieri, in particolare nelle Regioni in piano di rientro. Nel 2017 il personale a tempo indeterminato del SSN risultava inferiore di circa 42.800 unità rispetto al 2008. La contrazione è stata continua a partire dal 2010 e si è condensata in maniera più accentuata nelle Regioni in piano di rientro, dove dal 2008 si riscontrano quasi 36.700 persone in meno, con un calo del 16,3 per cento in quelle con piano standard e del 4,8 in quelle con piano leggero (nelle Regioni a statuto ordinario senza piano la riduzione è stata del 2,2 per cento; nelle Regioni autonome si è avuto un aumento del 2,4 per cento). Se a fronte di queste difficoltà si è provveduto ad allentare le regole per il controllo della spesa, appostare alcuni finanziamenti per le assunzioni e per la formazione, rendere possibile il reclutamento di medici non ancora specializzati (Decreto Calabria), appare prioritario rafforzare

<sup>11</sup> State of Health in the EU Italia. Profilo della Sanità 2019. OECD—European Commission. I Profili Sanitari sono frutto del lavoro congiunto dell'OCSE e dell'Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, in collaborazione con la Commissione Europea.

<sup>12</sup> <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/monitoraggio-della-spesa-sanitaria>

<sup>13</sup> Verso differenti sistemi sanitari regionali. Giovanni Bertin e Costantino Cipolla. politiche sociali studi e ricerche. <https://ricerca.uniba.it/retrieve/dd9e0c62-78f9-1e9c-e053-3a05fe0a45ef/ricerca%20agenas%20ca%20foscari%20pubblicazione.pdf>

stabilmente la formazione, rivedere i meccanismi di determinazione del fabbisogno di personale per alleviare le attuali carenze di personale.

Un articolo pubblicato sul quotidiano Il Sole 24 Ore<sup>14</sup> nel maggio 2019, riporta alcuni dati sulla riduzione del personale sanitario nelle strutture pubbliche italiane. L'approfondimento sul tema cita il Rapporto Sanità 2019 "Il personale dipendente delle aziende sanitarie pubbliche" – elaborato da Nebo Ricerche PA- secondo cui dal 2010 al 2017 si è registrata una perdita di circa un professionista ogni mille abitanti.

**Fig. 3 – Personale dipendente effettivo ed equivalente per categoria (anni 2010 e 2017)**

*Personale dipendente effettivo ed equivalente per categoria - Anni 2010 e 2017*

Valori assoluti, numeri indice (base: pers. equivalente = 100), composizione percentuale

| Categorie di personale                   | Anno 2010         |                  |               | Anno 2017         |                  |               | Pers. equivalente             |                |
|--|-------------------|------------------|---------------|-------------------|------------------|---------------|-------------------------------|----------------|
|  | Effettivo<br>EF10 | Equival.<br>EQ10 | EF/EQ<br>×100 | Effettivo<br>EF17 | Equival.<br>EQ17 | EF/EQ<br>×100 | Variaz. 2010-2017<br>val.ass. | var.%          |
| <b>AM Area medica</b> (escl. veterinari) | <b>119.255</b>    | <b>110.734</b>   | <b>92,9%</b>  | <b>114.596</b>    | <b>103.110</b>   | <b>90,0%</b>  | <b>- 7.625</b>                | <b>- 6,9%</b>  |
| <b>AI Area infermieristica-riab.</b>     | <b>315.464</b>    | <b>288.503</b>   | <b>91,5%</b>  | <b>305.304</b>    | <b>275.947</b>   | <b>90,4%</b>  | <b>- 12.556</b>               | <b>- 4,4%</b>  |
| Dirig. professioni sanitarie             | 6.927             | 6.017            | 86,9%         | 6.911             | 5.545            | 80,2%         | - 472                         | - 7,9%         |
| Personale infermieristico                | 286.984           | 263.571          | 91,8%         | 277.671           | 252.329          | 90,9%         | - 11.241                      | - 4,3%         |
| Personale funz. riabilitative            | 21.553            | 18.915           | 87,8%         | 20.721            | 18.073           | 87,2%         | - 843                         | - 4,5%         |
| <b>AS Area sanitaria</b> (escl. preced.) | <b>60.863</b>     | <b>57.376</b>    | <b>94,3%</b>  | <b>58.217</b>     | <b>53.876</b>    | <b>92,5%</b>  | <b>- 3.500</b>                | <b>- 6,1%</b>  |
| Dirig. sanitari non medici               | 7.835             | 7.775            | 99,2%         | 6.998             | 6.935            | 99,1%         | - 841                         | - 10,8%        |
| Medici veterinari                        | 5.406             | 5.298            | 98,0%         | 4.980             | 4.807            | 96,5%         | - 491                         | - 9,3%         |
| Personale tecnico sanitario              | 36.931            | 34.295           | 92,9%         | 36.425            | 33.027           | 90,7%         | - 1.268                       | - 3,7%         |
| Pers. vigilanza e ispezione              | 10.691            | 10.007           | 93,6%         | 9.814             | 9.107            | 92,8%         | - 900                         | - 9,0%         |
| <b>AT Area tecnico-professionale</b>     | <b>130.638</b>    | <b>120.522</b>   | <b>92,3%</b>  | <b>119.720</b>    | <b>110.167</b>   | <b>92,0%</b>  | <b>- 10.355</b>               | <b>- 8,6%</b>  |
| Personale ruolo tecnico (*)              | 128.893           | 118.879          | 92,2%         | 118.239           | 108.817          | 92,0%         | - 10.062                      | - 8,5%         |
| Pers. ruolo professionale (*)            | 1.745             | 1.643            | 94,1%         | 1.481             | 1.350            | 91,1%         | - 293                         | - 17,8%        |
| <b>DA Direz. e amministrazione</b>       | <b>81.501</b>     | <b>75.450</b>    | <b>92,6%</b>  | <b>71.153</b>     | <b>66.100</b>    | <b>92,9%</b>  | <b>- 9.350</b>                | <b>- 12,4%</b> |
| Direttori generali                       | 790               | 790              | 100,0%        | 708               | 685              | 96,8%         | - 105                         | - 13,3%        |
| Pers. ruolo amministrativo (*)           | 79.669            | 74.129           | 93,0%         | 70.104            | 65.216           | 93,0%         | - 8.912                       | - 12,0%        |
| Contrattisti                             | 1.042             | 532              | 51,0%         | 341               | 199              | 58,5%         | - 333                         | - 62,5%        |
| <b>TOT Totale personale</b>              | <b>707.722</b>    | <b>652.585</b>   | <b>92,2%</b>  | <b>668.990</b>    | <b>609.199</b>   | <b>91,1%</b>  | <b>- 43.386</b>               | <b>- 6,6%</b>  |

Fonte: elaborazione Nebo Ricerche PA su dati MEF-RGS

(\*) Personale dirigente e non dirigente.

**Tempi di attesa elevati per l'erogazione delle prestazioni.** Il sistema italiano si sviluppa su due livelli di governo:

- ✓ statale, il quale definisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento;
- ✓ regionale, cui pertiene la responsabilità di organizzare sul territorio i servizi e garantire l'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA stabiliti.

Nell'ambito dell'organizzazione dell'offerta sanitaria, a livello regionale, la gestione delle liste di attesa costituisce uno degli aspetti più critici di un sistema, organizzato su base universalistica e istituzionalmente deputato a rispondere alla domanda di prestazioni mediche da parte dei cittadini in condizioni di parità di accesso e in tempi compatibili con le esigenze di cura richieste dalle specifiche condizioni di salute di ognuno di essi. L'esistenza delle liste di attesa rappresenta in questo contesto l'eccesso di domanda sull'offerta dei servizi che il sistema può assicurare in uno specifico intervallo temporale. I pazienti in numero superiore rispetto a quelli che l'offerta pubblica può soddisfare immediatamente sono infatti aggiunti alle liste e posti in attesa di una prestazione che dovrebbe comunque essere garantita entro tempi congrui. Ritardi nella diagnosi

<sup>14</sup> <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2019/05/15/sanita-7-anni-perso-un-professionista-1000-persone/>

o nella cura di una patologia determinati da una attesa eccessiva rischiano di compromettere, significativamente, la salute del cittadino/paziente cui dovrebbe essere garantita l'assistenza sanitaria in base a criteri di efficienza, efficacia e appropriatezza. L'eccessiva durata dei tempi delle liste di attesa rimane un fenomeno che continua a contraddistinguere, sia pure in modo differenziato da regione a regione, l'intero Servizio sanitario nazionale, generando nei cittadini pazienti una generale e diffusa insoddisfazione sulla capacità del sistema pubblico di rispondere in maniera pronta ed adeguata alle richieste, inducendo un numero sempre maggiore di essi a rivolgersi alla "sanità privata" con oneri a proprio carico<sup>15</sup>.

**La ristrutturazione delle reti ospedaliere e territoriali.** Alla riduzione del personale si è accompagnato il forte ridimensionamento delle strutture ospedaliere, con un obiettivo in termini di posti letto (3,7 per 1.000 abitanti) nettamente inferiore alla media europea, diminuita da 5,7 a 5 tra il 2007 e il 2017 (mentre in Italia il numero di posti passava da 3,9 a 3,2). La riduzione della quota di spesa per servizi ospedalieri sul totale ha rappresentato un obiettivo esplicito delle politiche sanitarie, volte a spostare le cure su strutture meno costose e più vicine ai cittadini. Nelle Regioni con piano di rientro le carenze strutturali, la presenza di un forte settore privato accreditato, le dimensioni troppo piccole delle strutture e la penuria di risorse rendono più difficile superare la situazione più arretrata e attuare le dovute riorganizzazioni.

**Analisi comparata tra il Sistema Sanitario Nazionale e altri paesi.** Il Rapporto 2019 dell'OECD (Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo), ed il Rapporto 2019 dell'Osservatorio sui sistemi e sulle politiche sanitarie redatto dalla Commissione Europea<sup>16,17</sup> offrono un quadro comparato sulla salute e sui servizi sanitari nei vari stati. Il Sistema Sanitario Nazionale, confrontato con i sistemi sanitari degli altri paesi industrializzati e, in particolare, con quelli europei, appare alquanto efficiente e, in base ad alcuni indicatori, anche abbastanza efficace. Negli anni, si è tuttavia verificato un significativo disinvestimento nella sanità pubblica (specie nel periodo 2010 - 2019) che si è manifestato con carenze soprattutto sulla dotazione di personale. Ne sono derivate conseguenze sull'accesso fisico ed economico, soprattutto nel periodo della crisi, e uno spostamento di domanda verso il mercato privato. Gli Italiani hanno una alta aspettativa di vita alla nascita (83,1 anni), sorpassata solo dalla Spagna con 83,4 anni. Ancorché l'aspettativa di vita sia molto alta, dopo i 65 anni, più della metà sono in condizioni precarie di salute. La spesa pubblica per la sanità in Italia prima del Covid-19 (8,8% del PIL) è al di sotto della media Europea (9,8%).

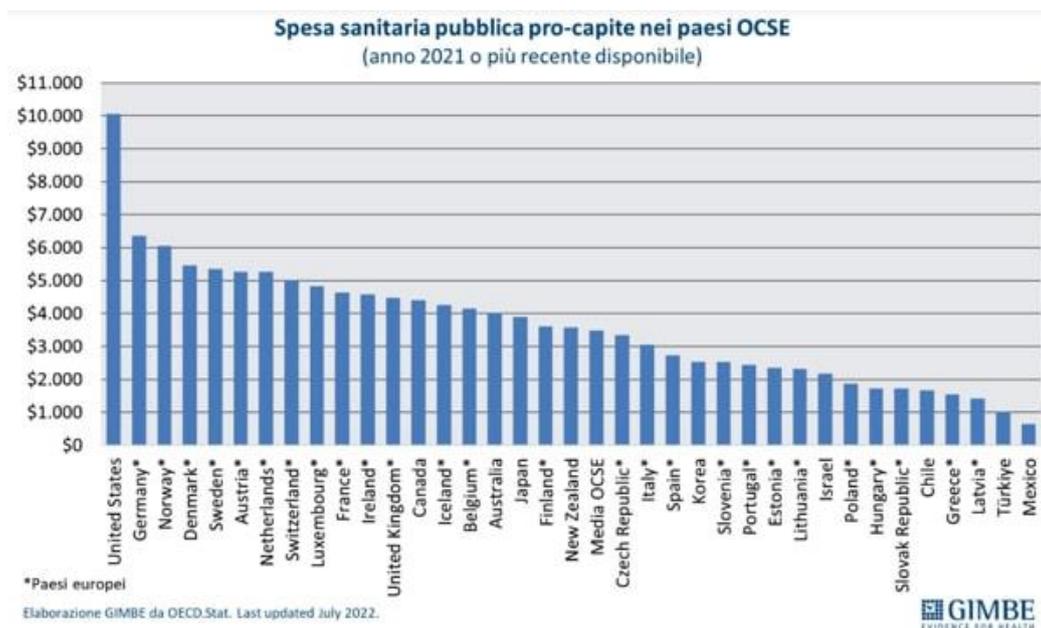
---

<sup>15</sup> Intesa SANPAOLO RBM Salute, CENSIS (2022), IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata, disponibile su , ove è precisato che nel 2019 19,8 milioni di cittadini (pari al 28 per cento), avuta notizia di tempi d'attesa eccessivi o trovate le liste chiuse, hanno scelto di effettuare le prestazioni a pagamento presso strutture private o intramoenia.

<sup>16</sup> [https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019\\_chp\\_it\\_italy\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_chp_it_italy_0.pdf)

<sup>17</sup> State of Health in the EU Italia. Profilo della Sanità 2019. OECD—European Commission. I Profili Sanitari sono frutto del lavoro congiunto dell'OCSE e dell'Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, in collaborazione con la Commissione Europea.

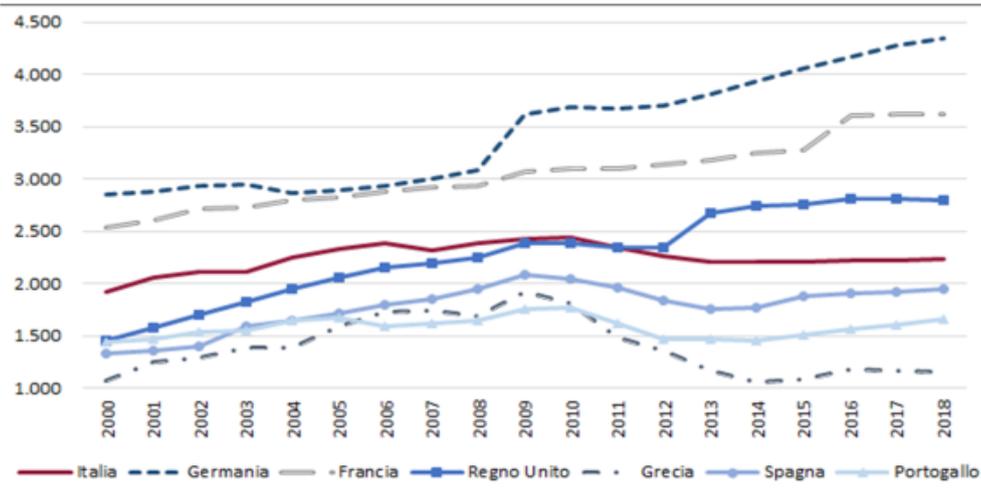
Fig. 4 – Spesa sanitaria pubblica pro-capite nei Paesi OCSE



Nel 2021 la spesa sanitaria totale in Italia è sostanzialmente pari alla media OCSE in termini di percentuale di PIL (9,5% vs 9,6%), ma inferiore come spesa pro-capite (4.038 dollari contro 4.435 dollari). (Fondazione GIMBE da OECD Stat. Aggiornamento luglio 2022).

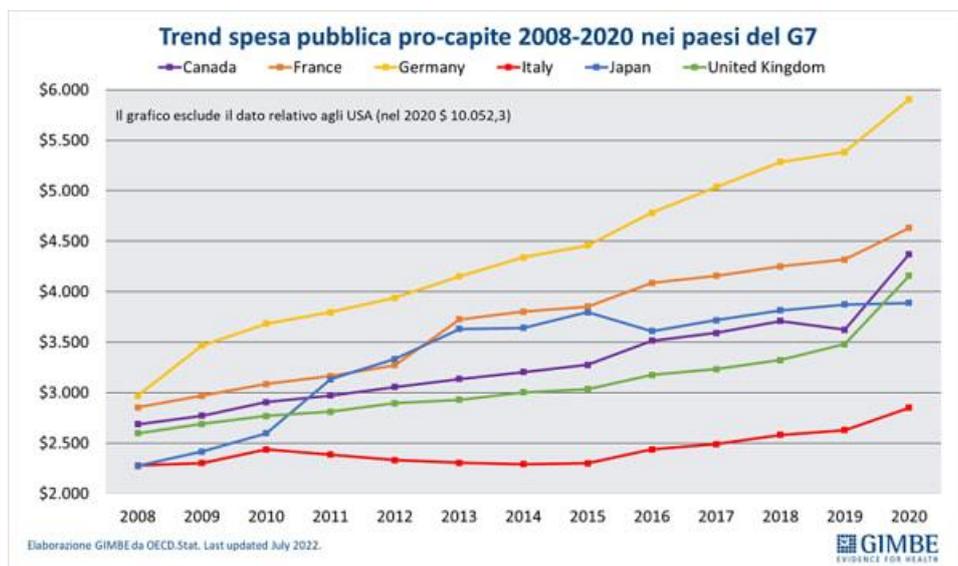
Fig. 5 – Spesa sanitaria pubblica reale pro-capite in alcuni paesi europei ( dollari USA a prezzi costanti 2010)<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Fonte Ufficio Parlamentare di Bilancio Focus n. 6 “Lo stato della sanità in Italia”  
<https://www.upbilancio.it/pubblicato-il-focus-n-6-lo-stato-della-sanita-in-italia/>



Fonte: elaborazioni su dati OCSE (2018), "Health spending (indicator)", dati estratti il 7 ottobre 2019.  
 (1) Molti dati, soprattutto i più recenti, sono stimati o provvisori; sono presenti rotture di serie: per la Francia e la Spagna nel 2003; per la Grecia nel 2009; per l'Italia nel 2012; per il Regno Unito nel 2013.

Fig. 6 – Trend spesa pubblica pro-capite nei paesi del G7 (anni 2008-2020)



Secondo la Commissione Europea<sup>19</sup> i sistemi sanitari devono essere accessibili, efficaci e resilienti ai cambiamenti e alle sfide future. I sistemi fanno tutti fronte a pressioni analoghe per evolvere, modernizzarsi e adattarsi a situazioni in costante mutamento, le quali possono a loro volta avere un effetto negativo sulla spesa sanitaria. Queste pressioni, come già evidenziato, possono essere dovute a:

- ✓ cambiamenti demografici (invecchiamento della popolazione);
- ✓ evoluzioni epidemiologiche (il crescente problema delle patologie croniche);
- ✓ le nuove tecnologie (oltre alla loro interoperabilità e alla loro standardizzazione);
- ✓ carenza di personale;

- ✓ distribuzione disomogenea dei professionisti sanitari;
- ✓ disuguaglianze in materia di salute.

L'Europa è impegnata affinché i sistemi sanitari siano in futuro più efficaci accessibili e resilienti, l'Agenda, a tal scopo, è riportata nella tabella sottostante.

**Tab. 2 - Agenda dell'UE per sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti**

| Rafforzare l'efficacia                                    | Aumentare l'accessibilità                                    | Migliorare la resilienza                      |
|---|--|---|
| <u>Valutazione delle prestazioni dei sistemi sanitari</u> | <u>Pianificazione del personale sanitario dell'UE</u>        | <u>Valutazione delle tecnologie sanitarie</u> |
| Sicurezza dei pazienti e qualità dell'assistenza          | <u>Uso dei farmaci efficiente sotto il profilo dei costi</u> | Sistema d'informazioni sanitarie              |
| Integrazione dei servizi di assistenza                    | <u>Attuazione ottimale della direttiva 2011/24</u>           | <u>eHealth (assistenza sanitaria online)</u>  |

## 2. IL QUADRO NORMATIVO E PROGRAMMATICO DELL'AZIONE IV.1

La Politica di Coesione del ciclo 2014-2020 e dei cicli precedenti è intervenuta a favore del sistema salute per contribuire a riequilibrare il modello di assistenza con il rafforzamento delle reti territoriali (Case della salute), a rendere più efficienti i servizi con la digitalizzazione (Fascicolo sanitario elettronico), a innovare i presidi con l'ammodernamento dei macchinari, a sostenere la ricerca biomedica e a investire nel capitale umano. Per rispondere all'emergenza della pandemia, nel corso del 2020 l'Italia ha intensificato la propria azione con la riprogrammazione ex CRII *Corona Response Investment Initiative* e CRII plus<sup>20</sup> che ha contribuito con oltre 3,3 miliardi di euro all'acquisto di dispositivi di protezione, apparecchiature e materiali sanitari, spese per il personale sanitario impegnato nell'attività di contrasto all'emergenza epidemiologica, allestimento di aree sanitarie temporanee, rafforzamento di reti e presidi territoriali per la salute. In continuità con la riprogrammazione del 2020 e in linea con gli obiettivi regolamentari, con le risorse aggiuntive REACT-EU si è inteso fornire un ulteriore contributo per il contrasto alla crisi sanitaria, avviando al tempo stesso le azioni di rafforzamento strutturale del sistema. Le risorse REACT-EU<sup>21</sup> per contrasto agli effetti della pandemia e per una ripresa resiliente del sistema sanitario ammontano a 1.710 milioni di euro, di cui 582 destinati al Mezzogiorno. Tali risorse contribuiscono alla strategia nazionale di risposta alla pandemia, finanziando tre misure programmate nella Legge di Bilancio 2021:

<sup>19</sup> [https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/health-systems-coordination\\_it](https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/health-systems-coordination_it)

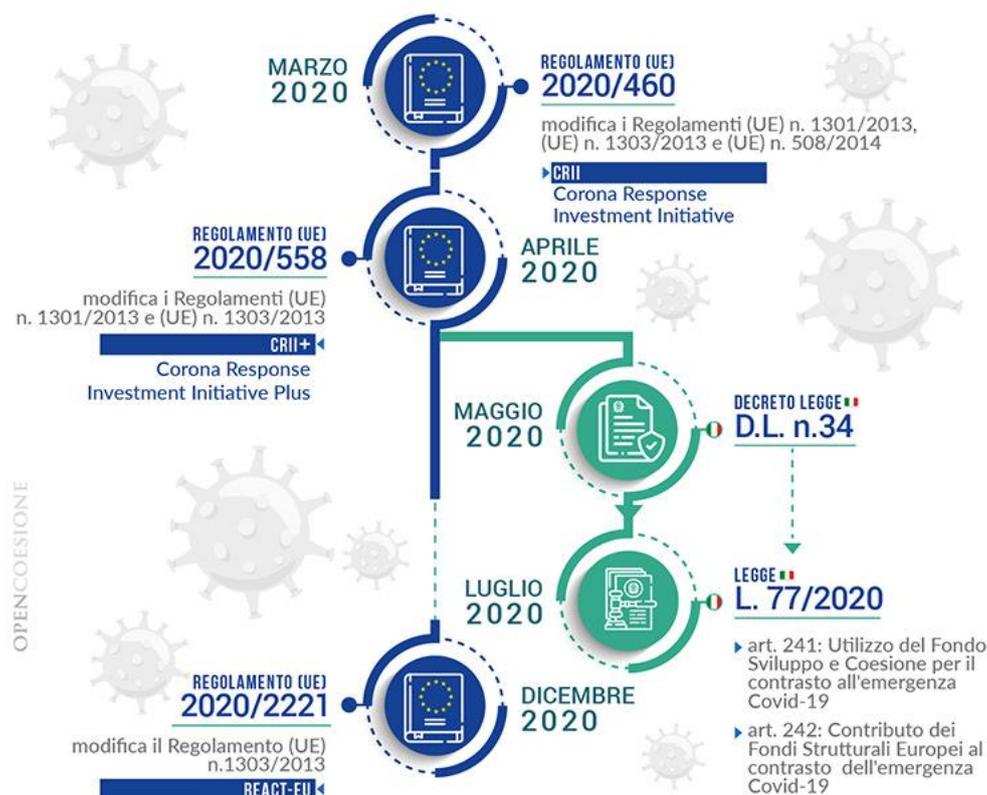
<sup>17</sup> [https://opencoesione.gov.it/it/iniziativa\\_crii/](https://opencoesione.gov.it/it/iniziativa_crii/) Coronavirus Response Investment Initiative (CRII) e Coronavirus Response Investment Initiative plus (CRII +), ha posto in essere un complesso processo di riprogrammazione che coinvolge i diversi programmi 2014-2020 delle politiche di coesione (Programmi Operativi europei, Programmi Operativi Complementari e Piani Sviluppo e Coesione) per massimizzare la disponibilità di risorse utili, nel breve periodo, a sostenere la Strategia per il contrasto all'emergenza Covid-19. Il percorso di riprogrammazione è stato portato avanti con i Ministeri e con la Regioni sia sul FESR che sul FSE e ha raggiunto in via preliminare il valore di 5,4 miliardi a valere sui PON. Con le Regioni, invece, si è attestato intorno ai 6,5 miliardi, a valere sui POR. Per un totale di circa 12 miliardi di euro (dati aggiornati al 1° febbraio 2021).

<sup>18</sup> Programmazione delle Risorse React-Eu: Quadro Generale, Linee di Intervento e Risorse. Dipartimento per le Politiche di Coesione. Aprile 2021. [https://politichescoesione.governo.it/media/2561/2021\\_04\\_07\\_react\\_eu\\_italia-per-ce.pdf](https://politichescoesione.governo.it/media/2561/2021_04_07_react_eu_italia-per-ce.pdf)

- l'intervento più rilevante in termini finanziari (1.100 milioni di euro, di cui 374 nel Mezzogiorno) riguarda il sostegno alle spese straordinarie affrontate dagli enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l'assunzione a tempo determinato di personale impegnato nel contrasto alla pandemia (ex art.1 commi 423- 428, Legge 30 dicembre 2020 n. 178);
- una seconda misura di contrasto alla crisi pandemica (400 milioni di euro, di cui 136 nel Mezzogiorno) riguarda il contributo all'acquisto di vaccini anti SARS-CoV-2 e di farmaci per la cura dei pazienti con COVID-19 (art. 1 commi 447-449, Legge 30 dicembre 2020 n. 178);
- la terza misura, anch'essa prevista nella Legge di Bilancio 2021 (ex art.1 commi 421-422), risponde all'obiettivo di aumentare il numero di accessi alla formazione medico specialistica per i laureati in medicina. Con la crisi pandemica è, infatti, emersa con la massima evidenza la scarsità di alcune figure specialistiche, determinata dal mancato turnover e dalla scarsità di posti in specializzazione rispetto al numero di laureati.

Con le risorse di REACT-EU (pari a 210 milioni di euro, di cui 72 milioni nel Mezzogiorno) allocate nell'Azione IV.1 del PON Ricerca e Innovazione 2014-2020, si pone l'obiettivo di contribuire a garantire entro il 2026 l'accesso alla formazione specialistica per tutti i laureati in medicina (circa 10.400 laureati l'anno, a fronte di una disponibilità di 6.700 posti in specializzazione), finanziando 4.200 specializzandi aggiuntivi per ciascuno degli anni 2021 e 2022.

Fig. 7 – Strategia per il contrasto all'emergenza COVID-19 con le politiche di coesione



Fonte: Opencoesione [https://opencoesione.gov.it/it/strategia\\_covid19/](https://opencoesione.gov.it/it/strategia_covid19/)

Per quanto riguarda le risorse REACT-EU destinate al contributo alle tre misure citate, si è previsto di impegnare due Programmi nazionali. Specificamente, le risorse necessarie per coprire le prime due misure sono programmate a valere sul FESR, all'interno del PON Governance, che ha attuato analoghe misure con la riprogrammazione 2020. La misura dedicata al sostegno addizionale per la formazione dei medici specializzandi per gli anni 2020/2021 e 2022 è invece stata programmata, a valere sul FSE, all'interno del PON Ricerca e Innovazione. Le misure proposte su REACT-EU per l'ambito Salute si inquadrano, come evidenziato, nella strategia messa a punto a livello nazionale che trova riscontro anche nelle proposte di intervento del PNRR e per interventi della prossima programmazione.

Qui di seguito le normative che regolano la formazione degli specializzandi medici, raccolte dall'Analisi Desk del presente lavoro:

- Decreto Legislativo n. 368/99<sup>22</sup> e successive modificazioni;
- Decreto Interministeriale n. 68 del 04/02/2015<sup>23</sup> "*Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria*";
- Decreto Ministeriale n. 130 del 10 agosto 2017<sup>24</sup> "Regolamento concernente le modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina, ai sensi dell'articolo 36, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368";
- Decreto interministeriale n. 402 del 13 giugno 2017<sup>25</sup> recante la definizione degli standard, dei requisiti e degli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria ai sensi dell'art. 3, comma 3, del D.I. n. 68/2015.

### 3. I CONTRATTI DI SPECIALIZZAZIONE MEDICO SPECIALISTICA: PROGRAMMAZIONE COMPLESSIVA ANNUALITA' 2020/2021 E 2021/2022

I contratti di formazione medico specialistica sono stati ripartiti tra le scuole di specializzazione di area sanitaria tramite due decreti che suddividono la distribuzione tra atenei.

- Decreto Ministeriale n. 998 del 28-07-2021 con cui si è data attuazione alla suddivisione di n. **18.397 posti complessi per l'annualità 2020/2021**.
- Decreto Ministeriale n. 1065 dell'8 settembre 2022 recante la suddivisione di n. **14.378 posti per l'annualità 2021/2022**.

I 18.397 posti complessivamente per l'annualità 2020/2021 sono stati così di seguito ripartiti:

- 13.200 contratti coperti con fondi statali di cui **4.200** finanziati dal PON Ricerca e Innovazione 2014-2020 REACT EU azione IV.1.
- 4.200 contratti coperti con fondi del PNRR 2020-2021
- 902 contratti regionali
- 95 contratti altri enti pubblici e/o privati.

<sup>19</sup> [Decreto Legislativo 368/99](#)

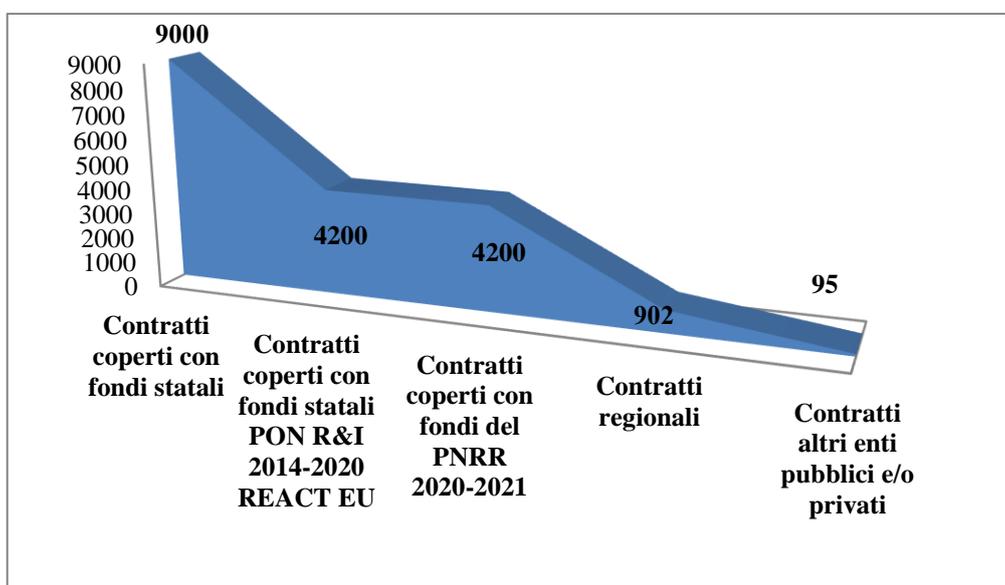
<sup>20</sup> [Decreto Interministeriale n. 68 del 04/02/2015](#)

<sup>21</sup> [Decreto Ministeriale n. 130 del 10 agosto 2017](#)

<sup>22</sup> [Decreto interministeriale n. 402 del 13 giugno 2017](#)

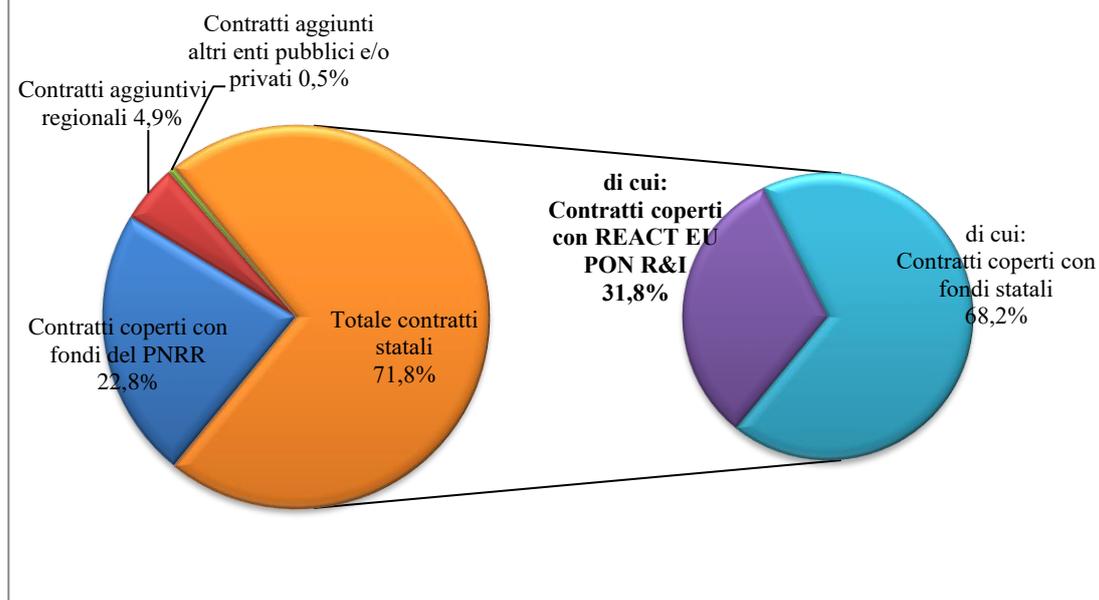
I posti finanziati con contratti aggiuntivi regionali, i posti finanziati con contratti aggiuntivi di altri enti pubblici e/o privati nonché i posti riservati alle categorie di cui all'art. 35 del d.lgs. n. 368/1999 sono distribuiti, per ciascuna scuola di specializzazione attivata per l'a.a. 2020/2021, secondo quanto in indicato nella tabella di cui all'allegato 1, che costituisce parte integrante del decreto n. 998 del 28-07-2021.

**Fig. 8 - Suddivisione numero di contratti specializzazione medica a.a 2020/2021 per fonte di finanziamento**



Fonte: elaborazioni del valutatore su Dati Decreto Ministeriale n. 998 del 28-07-2021

**Fig. 9 - Ripartizione dei contratti di specializzazione medica a.a 2020-2021 per fonte di finanziamento**



Fonte: elaborazioni del valutatore su Dati Decreto Ministeriale n. 998 del 28-07-2021

Dal primo grafico a torta a sinistra si evince che circa il 72% sul totale dei contratti di specializzazione medica finanziati nell'annualità 2020/2021 sono riconducibili a contratti coperti con fonte statale.

Dal grafico a torta a destra, invece, si evince che nella stessa annualità, prendendo in considerazione esclusivamente i contratti statali ovvero 13.200 l'Azione IV.1 "pesa" quasi il 32% sul totale. Ciò significa che i 4.200 contratti afferenti all'Azione in oggetto di valutazione a valere sul PON Ricerca e Innovazione 2014-2020, rappresentano una "fetta" rilevante, ovvero, valgono circa un terzo dei contratti statali di specializzazione medica finanziati.

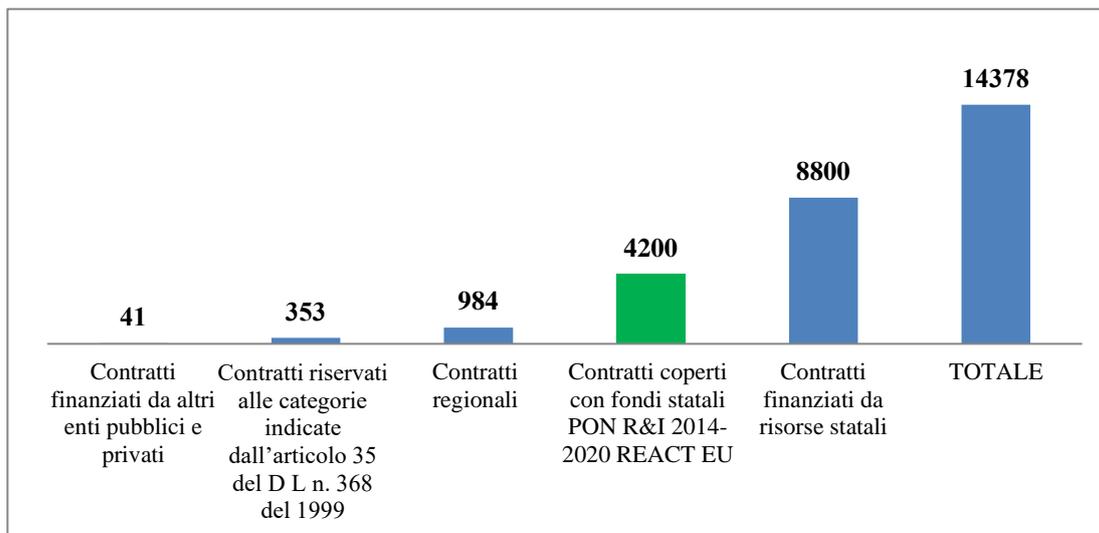
Il [decreto n. 1065 dell'8 settembre 2022](#) del Ministro dell'Università e della ricerca, prevede che i **14.378** posti totali relativamente all'annualità 2021/2022 siano stati così di seguito ripartiti:

- 13.000 sono coperti con contratti finanziati da risorse statali, (di cui 4.200 finanziati dal PON Ricerca e innovazione 2014-2020 REACT EU Azione IV.1;
- 984 sono coperti con contratti aggiuntivi finanziati con fondi regionali;
- 41 con contratti finanziati da altri enti pubblici e privati;
- 353 sono quelli riservati alle categorie indicate dall'articolo 35 del Decreto Legislativo n. 368 del 1999 (sanità militare, polizia di stato, servizio sanitario nazionale).

I posti finanziati con contratti aggiuntivi regionali, i posti finanziati con contratti aggiuntivi di altri enti pubblici e/o privati nonché i posti riservati alle categorie di cui all'art. 35 del d.lgs. n. 368/1999 sono distribuiti, per ciascuna scuola di specializzazione attivata per l'a.a. 2020/2021, secondo l'allegato al DM. [Decreto Ministeriale n. 1065 dell'8 settembre 2022](#)<sup>26</sup>

I posti coperti con contratti aggiuntivi finanziati dalle regioni e delle province autonome sono assegnati, in ordine di graduatoria, successivamente ai posti coperti con contratti finanziati con risorse statali e con risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

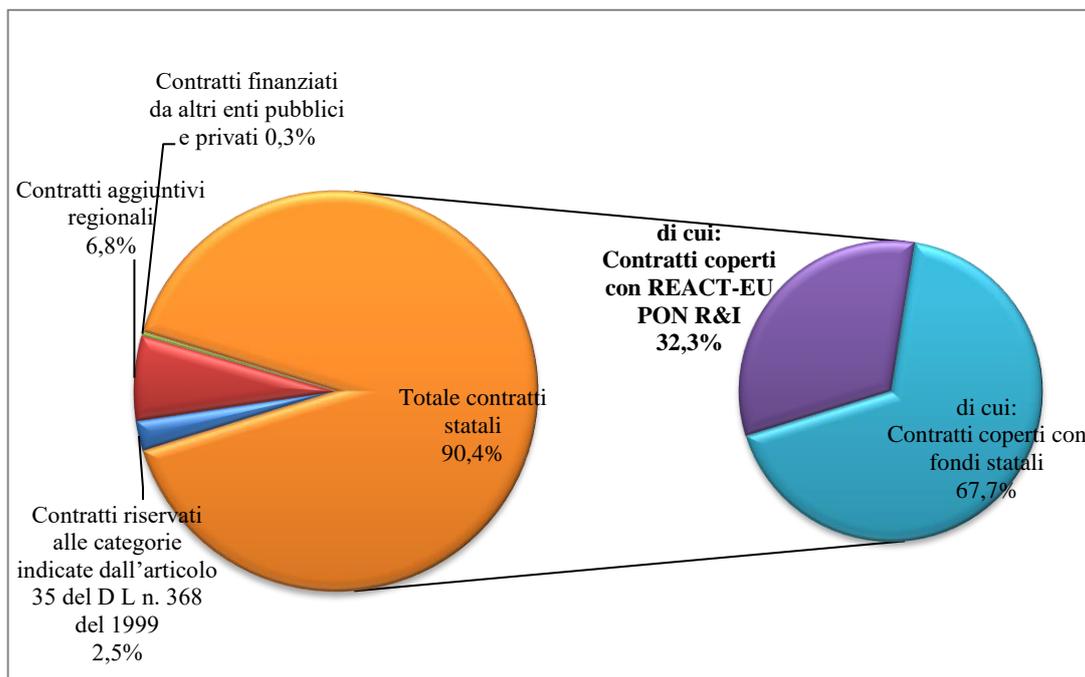
**Fig. 10 - Suddivisione numero di contratti specializzazione medica a.a. 2021/2022 per fonte di finanziamento**



Fonte: elaborazioni del valutatore su Dati Decreto Ministeriale n.1065 dell'8 settembre 2022

<sup>26</sup> [DM n. 998 del 28-07-2021 All. 1 DM Distribuzione Contratti formazione medica specialistica a.a 2020 2021.pdf](#)

**Fig. 11 - Ripartizione dei contratti di specializzazione medica a.a 2021-2022 per fonte di finanziamento**



Fonte: elaborazioni del valutatore su Dati Decreto Ministeriale n.1065 dell'8 settembre 2022

Dal grafico a torta a sinistra si evince che circa il 90% sul totale dei contratti di specializzazione medica finanziati nell'annualità 2021/2022 sono riconducibili a contratti con fonte di finanziamento statale.

Dal grafico a torta a destra, si evince che rispetto all'annualità precedente, prendendo in considerazione esclusivamente i contratti statali, l'Azione IV.1 mantiene lo stesso "peso" dell'anno precedente, in un'ottica di continuità, ovvero di circa il 32% sul totale. Ciò significa che 4.200 contratti afferenti all'Azione in oggetto di valutazione a valere sul PON Ricerca e Innovazione 2014-2020, valgono circa un terzo dei contratti statali di specializzazione medica finanziati nell'annualità 2021/2022.

La formazione di un medico specialista passa attraverso una prima fase della laurea magistrale, cui normalmente segue l'abilitazione medica, propedeutica ad una seconda fase, la specializzazione.

L'ingresso ad un percorso formativo prevede una prova di ammissione nazionale dei medici alle Scuole di specializzazione; nel 2021 sono stati 19.449 i partecipanti rispetto a 21.290 candidati iscritti. Una volta passata positivamente la prova, essi sono chiamati a effettuare le loro scelte di preferenza di tipologia e di sede. La scelta è determinata accedendo dalla propria pagina personale sul portale [www.university.it](http://www.university.it), da una a tutte le tipologie di Scuola e le relative sedi, indicandole facoltativamente secondo il concatenarsi dell'ordine di preferenza "tipologia-sede".

#### 4. LA TEORIA DEL CAMBIAMENTO SOTTOSTANTE L'INTERVENTO

Nel marzo 2020 l'UE ha concordato quattro priorità al fine di orientare la risposta di emergenza alla pandemia di COVID-19:

- limitare la diffusione del virus;
- garantire la fornitura di attrezzature mediche;
- promuovere la ricerca su terapie e vaccini;
- sostenere l'occupazione, le imprese e l'economia.

Per dare seguito ed ampliare le misure di risposta alla pandemia di Covid-19, sempre nel 2020, l'Unione europea è intervenuta con l'iniziativa *Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe* (REACT-EU) nell'ambito di *Next Generation EU* (NGEU), strumento temporaneo approvato dal Consiglio europeo nel luglio 2020.

Attraverso questo intervento, sono state assegnate risorse supplementari ai programmi della politica di coesione 2014-20 allo scopo di promuovere il superamento degli effetti negativi della pandemia sull'economia, sull'occupazione e sui sistemi sociali, e di sostenere, al contempo, la transizione verde e digitale. La decisione di rafforzare la programmazione 2014-20 ha permesso di immettere rapidamente nell'economia nuove risorse per investimenti *ad hoc* per la ripresa dei Paesi (e delle regioni) più colpiti.

In questo contesto, le risorse REACT-EU si sono rese disponibili nell'ambito dell'obiettivo Investimenti in favore della crescita e dell'occupazione.

La dotazione di risorse UE<sup>27</sup> destinata all'Italia è pari a 14,4 miliardi di euro (di cui 11,3 miliardi di euro per l'annualità 2021 (Decisione di esecuzione della Commissione C(2021) 843 del 12/2/2021.) e 3 miliardi di euro per l'annualità 2022 (Decisione di esecuzione C(2021) 8271 del 23/11/2022)) a cui si aggiunge il cofinanziamento nazionale, nella misura di 186,4 milioni di euro previsto per le misure di assistenza tecnica. Con la **Decisione C(2021) 5969 del 6 agosto 2021** sono state introdotte azioni per "*Promuovere il superamento degli effetti della crisi nel contesto della pandemia di COVID-19 e delle sue conseguenze sociali e preparare una ripresa verde, digitale e resiliente dell'economia*" e sono state riprogrammate relativamente all'Asse IV "Istruzione e Ricerca Per il Recupero – REACT EU" a valere sul fondo FSE, le azioni oggetto della presente valutazione.

Come evidenziato dalla Corte dei conti<sup>28</sup>, nel **Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica**<sup>29</sup> l'emergenza sanitaria ha messo in evidenza gli aspetti problematici del Servizio sanitario nazionale, attribuibili soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni.

L'emergenza che il Paese ha affrontato a causa della diffusione del virus COVID-19 ha reso esplicita l'importanza di un'assistenza sanitaria efficiente e in grado di fare fronte a minacce rese più critiche da un sistema economico con fragilità.

Le difficoltà sono, in prospettiva di lungo termine, più profonde, come si evince dall'analisi di contesto, a causa del crescente squilibrio demografico con un invecchiamento della popolazione con aspettative di vita tra le più alte a livello internazionale e più bassi indici di natalità (dati Istat).

<sup>27</sup> Relazione sullo stato di attuazione della politica di coesione europea e nazionale del 15 febbraio 2023

<sup>28</sup> <https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39>

<sup>29</sup> <https://www.corteconti.it/Download?id=9e8923ba-4ef4-480e-90f0-ef307c3fa756>

La crescente domanda di assistenza sanitaria è per alcuni aspetti, infatti, riconducibile a difficoltà di accesso al servizio pubblico causato da liste d'attesa molto lunghe o squilibri nel regime tariffario. Si presuppone che vi è un'incidenza dell'invecchiamento della popolazione e dell'incremento di casi di non autosufficienza.

Per quanto riguarda il personale, le maggiori criticità sono riscontrabili nel permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico. A seguito del blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito. Al 31 dicembre 2018 era inferiore a quello del 2012 per circa 25.000 lavoratori (circa 41.400 rispetto al 2008).

Tra il 2012 e il 2017, il personale (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le Asl, le Aziende Ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS pubblici è passato da 653 mila a 626 mila con una flessione di poco meno di 27 mila unità (-4 per cento). Nello stesso periodo il ricorso a personale flessibile in crescita di 11.500 unità ha compensato questo calo solo in parte.

La carenza di medici specialisti in alcuni specifici ambiti (in special modo nelle specializzazioni di medicina di urgenza) si è resa ancor più evidente con l'emergenza epidemiologica di Covid-19. Per farvi fronte sono stati emanati provvedimenti già precedentemente con la legge di bilancio per il 2019, e con la previsione di ulteriori interventi nel Patto della salute e nel decreto milleproroghe (d.l.162/2019, art.5-bis).

Le motivazioni di codeste difficoltà sono state individuate nel numero non adeguato di posti annualmente definito per l'accesso alle Scuole di specializzazione, nel forte aumento di fuoriuscita dei medici dal SSN per pensionamento, insieme ad una flessione dell'attrattività del servizio sanitario pubblico da parte dei professionisti che si rimarca fortemente nella bassa partecipazione alle procedure concorsuali (specie nelle strutture di Pronto Soccorso che in alcuni casi vanno addirittura deserti).

Come sottolineato dal Nuovo Patto per la Salute, il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione richiedono una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute.

Emerge l'esigenza di un orientamento verso una medicina proattiva che garantisca la continuità delle cure, la presa in carico dei pazienti fragili e complessi, anche con l'importante apporto della digitalizzazione e della telemedicina.

Il Piano della performance 2022 – 2024 del Ministero della Salute<sup>30</sup>, sottolinea la necessità di potenziare i servizi assistenziali sul territorio, consentendo una maggiore esigibilità dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), da parte di tutte le persone, indipendentemente dalla regione di residenza, definendo in condivisione LEA e requisiti standard quantitativi e qualitativi.

Con l'obiettivo di evitare che i tempi tecnici intercorrenti tra il conseguimento del diploma di specializzazione e la pubblicazione dei bandi di concorso, possano causare una "dispersione" degli specialisti, che talvolta sono attratti da un'esperienza all'estero o da altre opportunità lavorative offerte da strutture private, la legge di bilancio 2019 (articolo 1, commi 547 e 548) ha previsto la

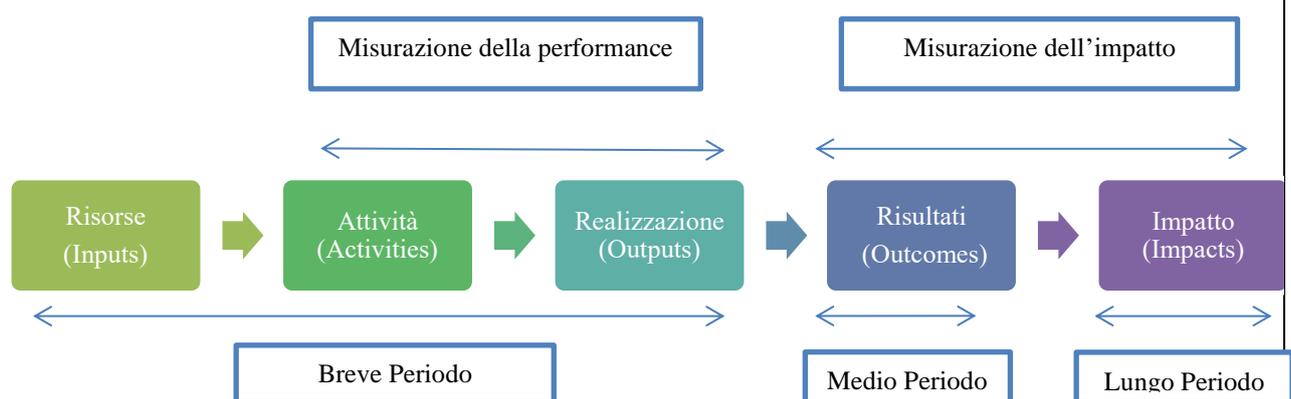
<sup>30</sup> [https://www.salute.gov.it/portale/ministero/documenti/Piano\\_performance\\_2022\\_2024.pdf](https://www.salute.gov.it/portale/ministero/documenti/Piano_performance_2022_2024.pdf)

possibilità di partecipare ai concorsi nelle strutture del SSN anche per i medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso. Tali medici, inseriti in una graduatoria separata, potranno essere assunti a tempo indeterminato dopo il conseguimento della specializzazione.

**La legge di bilancio 2023**<sup>31</sup> Articolo 1, comma 542 (Modifica del regime di erogabilità del finanziamento in favore delle università per il trattamento economico degli specializzandi) apporta alcune modifiche alla disciplina vigente in ambito sanitario volta a favorire la tempestività dei pagamenti, con particolare riferimento alle anticipazioni sul finanziamento della formazione dei medici specialisti.

Allo scopo, innanzitutto la disposizione incrementa dall'80 al 90 per cento la percentuale massima dell'anticipo consentito, estendendo poi la possibilità di calcolo al valore provvisorio del finanziamento stimato dal Ministero dell'università con decreto direttoriale e non solo al valore stabilito nell'ultimo riparto disponibile approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri. Viene inoltre autorizzato il Ministero dell'economia ad effettuare, se necessario, recuperi o compensazioni, anche a valere sui finanziamenti di esercizi diversi. Più in dettaglio, il comma 542 modifica l'articolo 9-undecies, comma 3, del D.L. n. 78/2015 (L. 125/2015) che ha introdotto disposizioni in ambito sanitario dirette a favorire la tempestività dei pagamenti e la corretta gestione di cassa, con particolare riferimento al finanziamento dei contratti (borse di specializzazione) da corrispondere ai medici specializzandi, per il tramite delle Università. Pertanto, si introduce un secondo possibile parametro di riferimento per la definizione di un valore provvisorio di finanziamento, da definirsi con decreto del Ministero dell'università e della ricerca. In aggiunta a tale possibilità, si autorizza il Ministero dell'economia e delle finanze ad effettuare, ove necessario, recuperi o compensazioni, anche a valere sui finanziamenti di esercizi diversi.

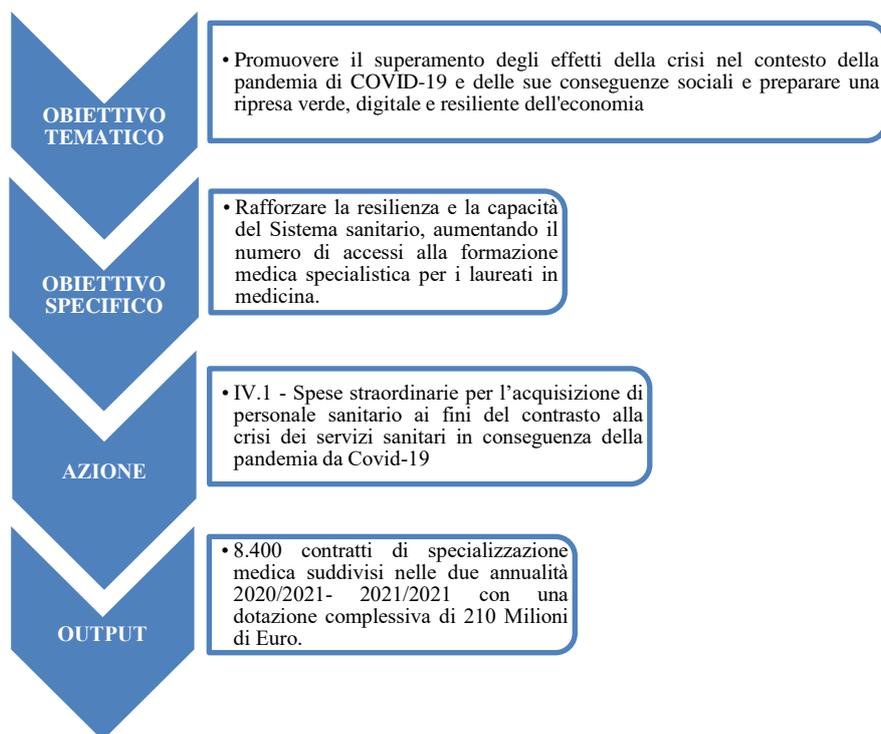
La teoria del cambiamento contribuisce a evidenziare i nessi causali tra l'azione e l'impatto che essa ha generato.



Nel "breve periodo" ovvero la parte a sinistra dello schema, ricomprende le annualità 2020/21/22, in termini finanziari, sono state impegnate risorse pari a 210 milioni di euro. In termini di attività, l'Azione IV.1 ha permesso l'avvio del percorso formativo per un totale di 8.400

<sup>31</sup> [https://www.salute.gov.it/portale/ministero/documenti/Piano\\_performance\\_2022\\_2024.pdf](https://www.salute.gov.it/portale/ministero/documenti/Piano_performance_2022_2024.pdf)

medici specializzandi nelle due annualità complessivamente, rafforzando in maniera prevalente le classi di specializzazione dell'aerea medica e dei servizi clinici. I contratti finanziati (nella quasi totalità) quadriennali, genereranno un'immissione di personale sanitario qualificato e specializzato a vantaggio del Sistema Sanitario. La misurazione dell'impatto, ovvero del rafforzamento della resilienza del sistema in ragione dell'Azione IV.1 potrà essere avviata a conclusione del percorso formativo, ovvero nel lungo periodo, a partire dal biennio 2025/2026.



Nel finanziamento delle azioni, l'Autorità di Gestione ha considerato il riparto economico stabilito su base territoriale. I criteri specifici di selezione delle operazioni sono riportati nella tabella sottostante.

Tab. 3 – Criteri di selezione specifici, Azione IV.1

| CRITERI SPECIFICI   | DESCRIZIONE  |
|---|--|
| Capacità di rafforzare la ripresa e la resilienza a seguito dell'emergenza COVID-19 attraverso il potenziamento delle competenze specialistiche del capitale umano operante nelle strutture sanitarie nella fase emergenziale e post-emergenziale | Valuta la pertinenza e il contributo del progetto/operazione in termini di potenziamento della dotazione di personale dei servizi sanitari nella fase emergenziale e post emergenziale attraverso l'aumento del numero dei contratti di formazione specialistica dei medici. |
| Conformità del progetto/operazione ai requisiti individuati dai provvedimenti ministeriali per l'accesso a risorse destinate a fronteggiare gli effetti della crisi sanitaria, economica e sociale.   | Valuta la conformità del progetto/operazione ai criteri previsti dal DM n.1205 del 21 maggio 2021 "Bando di accesso dei medici alle Scuole di specializzazione di area sanitaria - anno accademico 2020/2021".   |
| Misurabilità dei risultati attesi e impatto potenziale dell'intervento con riferimento alle finalità del REACT-EU.  | Verifica la presenza di target quantificabili e misurabili coerenti con gli indicatori previsti dall'azione di riferimento del PON.  |

## 5. LE DOMANDE DI VALUTAZIONE

Le domande valutative a cui si intende dare risposta, si articolano su due piani:

- un piano più generale, rilevante da Piano di Valutazione, che pone domande valide per tutte le Azioni oggetto di valutazione;
- un piano specifico, che annovera domande di valutazione finale da Piano di Valutazione riconducibili all'obiettivo specifico dell'Azione IV.1 ovvero " *Rafforzare la resilienza e la capacità del Sistema sanitario, aumentando il numero di accessi alla formazione medica specialistica per i laureati in medicina,*" le quali sono state opportunamente integrate.

### Domande da Piano di Valutazione per tutte le azioni del PON Ricerca e Innovazione

1. Qual è lo stato di avanzamento procedurale e finanziario delle AZIONI e quali risultati sono stati raggiunti per ogni obiettivo specifico in base agli indicatori di output prefissati dal programma?

2. L'avanzamento procedurale e finanziario è regolare o mostra delle criticità? Quali sono gli elementi di criticità riscontrati nell'attuazione delle singole azioni programmate? Quali sono le cause dell'insorgere delle criticità? E quali le soluzioni attuabili per il loro superamento?

3. Le attività in corso sono idonee rispetto al conseguimento dei target prefissati?

4. Quali sono i punti di forza e di debolezza nella gestione complessiva e nell'implementazione delle azioni?

### Domande da Piano di Valutazione riconducibili all'obiettivo specifico dell'Azione IV.1

| Domande   | Risposte   |
|---|--|
| 1. Quanti sono i contratti di formazione specialistica dei medici di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999 n. 368 sostenuti dalla linea di azione? | 4.200 per aa. 2020/2021<br>4.200 per aa. 2021/2022<br><br>Totale di 8.400 contratti di specializzazione medica.<br><br>Fonte: Analisi desk (Decreto attuativo 22043 23/12/2022) e dati monitoraggio MUR. |
| 2. In quale misura è stato avviato il potenziamento della dotazione di personale competente dei servizi sanitari nella fase emergenziale e post-emergenziale?           | Vari capitoli del rapporto<br><br>Fonte: Analisi desk e indagine diretta   |

|  |   |
|--|---|
| <p>3. Entro quale anno si prevede che gli effetti della linea di azione avranno un effetto sul sistema sanitario nazionale e sulla costruzione di un sistema distribuito di medicina territoriale?</p> | <p>Sulla base della durata dei contratti finanziati dall’Azione IV, gli effetti si vedranno al termine del ciclo di specializzazione. Trattandosi nella quasi totalità di contratti di specializzazione medica quadriennali, i primi impatti si registreranno verosimilmente a partire dal biennio 2025/2026.</p> <p>Fonte: Analisi Desk</p>                            |
| <p>4. In che misura, in ragione dei risultati conseguiti, si potrà misurare la resilienza del sistema? In quali settori socio-sanitari in particolare?</p>   | <p>In virtù della tempistica di attuazione della linea di azione (Decreto direttoriale n. 22043 23/12/2022), ad oggi non è possibile misurare i risultati conseguiti. L’eventuale misurazione della resilienza del sistema dovrà ricomprendere anche interventi finanziati dal PNRR Missione Salute 6 in un’ottica di considerare i diversi settori socio-sanitari.</p> |
| <p>Nello specifico, sono state formulate <b>3 domande integrative</b> per restituire un quadro valutativo più esaustivo (cfr. quesiti n. 5-6-7)</p> <p><b>DOMANDE INTEGRATIVE PROPOSTE</b></p>         |   |
| <p>5. Quali sono le specialità mediche finanziate da REACT EU con più iscritti e quali non sono state “coperte”/scelte dagli specializzandi?</p>   | <p>Vari capitoli del rapporto</p> <p>Fonte: Analisi desk (decreto attuativo 22043 23/12/2022) e dati monitoraggio MUR.</p>  |
| <p>6. In che misura l’azione ha influito sul grado di potenziamento formativo degli specializzandi?</p>  | <p>Vari capitoli del rapporto</p> <p>Fonte: Analisi desk e Risultanze indagine diretta</p>  |
| <p>7. Quali potrebbero essere gli aspetti da migliorare per aumentare la resilienza del sistema sanitario in fase emergenziale?</p>  | <p>Capitolo 12 - Esiti dell’indagine di campo.</p> <p>Fonte: Analisi Desk e indagine diretta</p>  |

In particolare, relativamente al quesito n. 3, si consideri, che i contratti di specializzazione medica finanziati sono per la quasi totalità (4.184 su un totale di 4.200) su base quadriennale. L'immissione degli specializzandi della prima annualità, ovvero afferenti all'anno accademico 2020/2021, nel Sistema Sanitario Nazionale, avverrà quando avranno terminato positivamente il percorso formativo intrapreso, vale a dire nell'arco temporale del biennio 2025-2026. Dunque, al quesito *“Entro quale anno si prevede che gli effetti della linea di azione avranno un effetto sul sistema sanitario nazionale e sulla costruzione di un sistema distribuito di medicina territoriale?”*, gli elementi conoscitivi dell'analisi desk, indicano come arco temporale a partire dal biennio 2025/2026.

Il quesito n. 4 riporta: *“In che misura, in ragione dei risultati conseguiti, si potrà misurare la resilienza del sistema? In quali settori socio-sanitari in particolare?”*. In virtù della tempistica di attuazione della linea di azione (Decreto direttoriale n. 22043 del 23/12/2022), ad oggi, dati gli elementi conoscitivi a disposizione, non è possibile misurare i risultati in termini di impatto conseguiti. L'eventuale misurazione della resilienza del sistema potrà essere compiuta successivamente (a partire dal 2025) e in tal caso dovrà ricomprendere anche interventi finanziati dal PNRR Missione Salute 6, in un'ottica di considerare i diversi settori socio-sanitari.

Ai quesiti n. 2 del Piano di Valutazione e n. 5-6-7 (domande integrative proposte) si fornisce risposta nei vari capitoli del rapporto, come indicato in tabella. Le risposte sono frutto congiunto dell'analisi desk e delle risultanze emerse dall'indagine sul campo condotta nell'ambito del presente lavoro di valutazione.

## 6. LA DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

### 6.1 Obiettivi dell'intervento e differenze territoriali

L'Azione IV.1 è stata inserita nel Programma Operativo Nazionale Ricerca e Innovazione nel 2021 - con l'ultima riprogrammazione che ha previsto risorse aggiuntive del Fondo Sociale Europeo REACT-EU - con la finalità di favorire il sostegno alla formazione specialistica dei medici, e potenziare la dotazione di personale competente dei servizi sanitari nella fase emergenziale e post-emergenziale<sup>32</sup>.

Nel quadro programmatico di cui sopra, l'Azione IV.1 si pone come obiettivo specifico di *“rafforzare la resilienza e la capacità del Sistema sanitario, aumentando il numero di accessi alla formazione medica specialistica per i laureati in medicina”*, e a livello generale di *“promuovere il superamento degli effetti della crisi nel contesto della pandemia di COVID-19 e delle sue conseguenze sociali e preparare una ripresa verde, digitale e resiliente dell'economia”*.

Il contratto di formazione specialistica istituito con il D.lgs. n. 368/9933 sostituisce la borsa di specializzazione medica regolamentata dal precedente D.lgs. 257/91. Esso non dà diritto

<sup>32</sup> <http://www.ponricerca.gov.it/notizie/2022/spese-sanitarie-un-webinar-del-pon-ricerca-innovazione-2014-2020-illustra-l-azione-iv1/>

<sup>33</sup> Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368

all'accesso ai ruoli del SSN e dell'Università o della ASL ove si svolge la formazione, ma è esclusivamente finalizzato all'acquisizione delle capacità professionali - e con frequenza obbligatoria - delle attività didattiche con prestazione programmata di attività assistenziali. Con l'entrata in vigore del Titolo VI del Decreto Legislativo n.368/1999, il medico in formazione specialistica, all'atto dell'iscrizione alla Scuola di Specializzazione per cui è stato selezionato, stipula con l'Ateneo uno specifico contratto annuale di formazione specialistica per un periodo complessivo pari alla durata legale del Corso di specializzazione. Il contratto è rinnovato annualmente, per un periodo di tempo complessivamente uguale a quello della durata del corso di specializzazione, il quale prevede che il Medico in formazione specialistica si impegna a seguire con profitto il programma di formazione, svolgendo le attività teoriche e pratiche programmate dall'ordinamento didattico della Scuola. L'impegno richiesto per la formazione specialistica è esclusivo ed è pari all'impegno previsto per il personale medico del Servizio Sanitario Nazionale a tempo pieno. In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva di quella del personale di ruolo.

Ai medici specializzandi è corrisposto un trattamento economico composto da una quota fissa ed una variabile. La quota fissa è pari a 22.700 € annui lordi. La quota variabile è pari a 2.300 € annui lordi per i primi due anni di corso, 3.300 € annui lordi per gli anni di corso successivi. Il trattamento economico è corrisposto mensilmente allo specializzando vedi D.P.C.M. 15./01/2020<sup>34</sup>.

L'Azione IV.1 è configurata come un'operazione di *refunding* rispetto a una quota parte di tali posti banditi a livello statale, ed è implementata in parallelo con le azioni PNRR e regionali. La differenza sostanziale tra questi due tipi di interventi è che il PON Ricerca e Innovazione finanzia un'annualità della specializzazione a rendicontazione del buon esito di percorsi triennali e quadriennali, mentre il PNRR è concentrato sul percorso di specializzazione quinquennale con difficoltà nella rendicontazione nel caso in cui i destinatari, come talvolta avviene, abbiano cambiato percorso.

## 6.2 Dotazione finanziaria e ripartizione territoriale

Il riparto territoriale della dotazione è stato formulato sulla base delle indicazioni delle strutture di coordinamento nazionali tra area del Centro Nord (Regioni più sviluppate) e area del Mezzogiorno (Regioni meno sviluppate e Regioni in transizione). L'attuazione tramite il decreto n. 22043 del 23 dicembre 2022, a valere sul PON "Ricerca e Innovazione" 2014-2020, Asse IV, Azione IV.1, per gli anni accademici 2020-2021 e 2021-2022, assegna una dotazione finanziaria pari a 210 milioni di euro ripartiti in:

- 105 M euro del 2021 (anno di specializzazione medica 2020/2021)
- 105 M euro per il 2022 (anno di specializzazione medica 2021/2022).

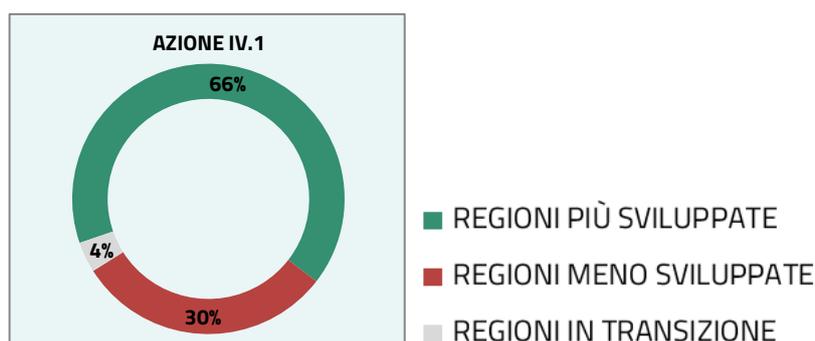
Le risorse impegnate sono destinate esclusivamente al finanziamento di contratti di formazione specialistica in area medica assegnati alle singole strutture e tracciate nella piattaforma CINECA. Per quanto riguarda la ripartizione territoriale delle risorse sono state così di seguito allocate, secondo il criterio programmatico del ciclo 2014-2020:

<sup>34</sup> <https://www.miur.gov.it/web/guest/-/d-p-c-m-15-01-2020-di-definizione-del-coste-dei-contratti-di-specializzazione-medica-per-il-triennio-da-a-a-2016-17-ad-a-a-2018-19>

- Regioni del Centro-Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Province autonome di Trento e Bolzano) per un importo pari a euro 138.000.000,00
- Regioni meno Sviluppate (Calabria, Campania, Basilicata, Puglia e Sicilia) per un importo pari a euro 64.311.368,71

Regioni in transizione (Abruzzo, Molise, Sardegna) per un importo pari euro 7.688.631,29.

Fig. 12 - Distribuzione dotazione finanziaria per categoria di Regioni



Fonte: elaborazioni del valutatore da dati Decreto 22043 del 23 dicembre 2022

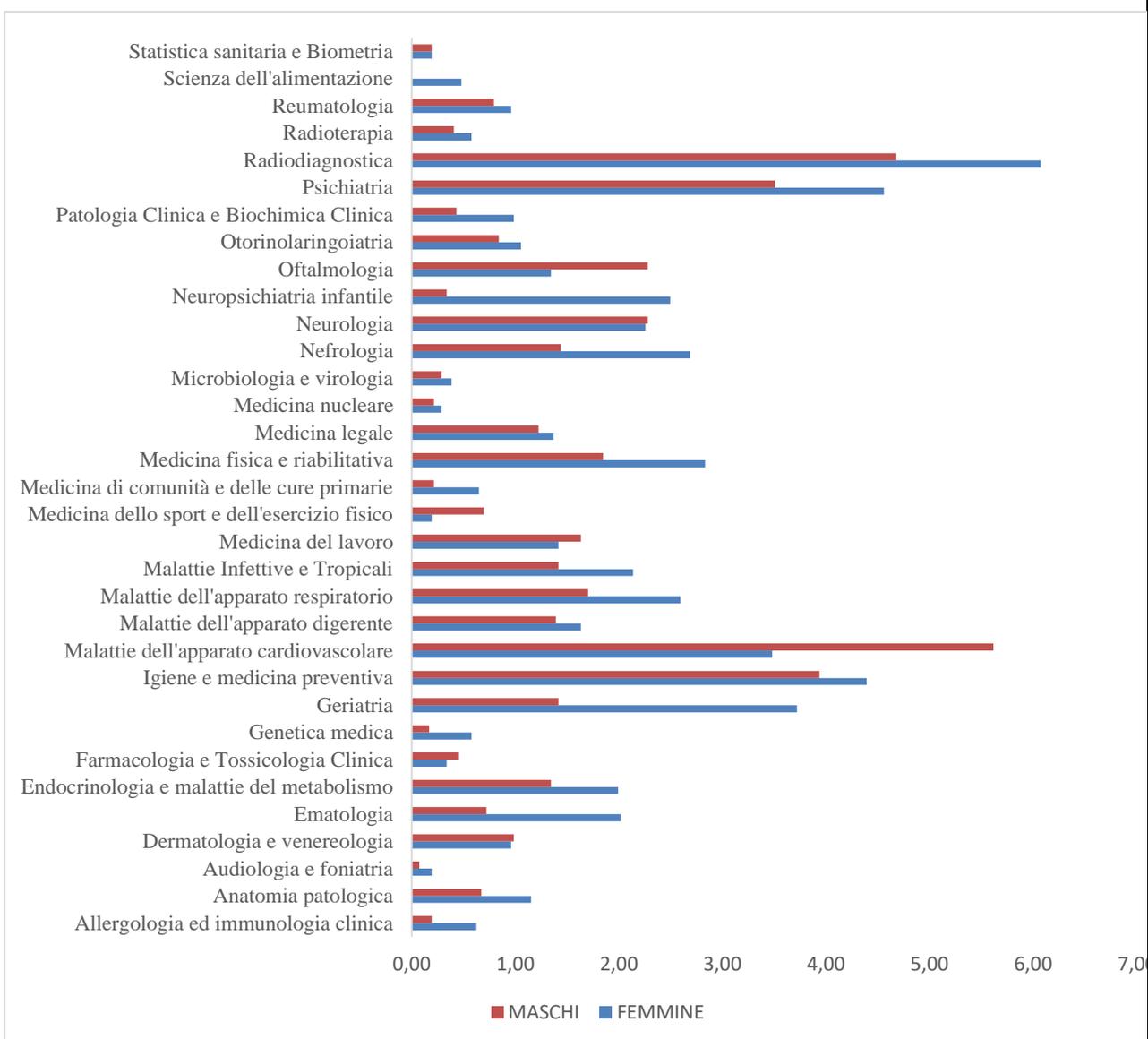
Le risorse rimborsano la spesa sostenuta per i contratti di formazione specialistica corrisposto allo specializzando dall'Università, sede della Scuola di Specializzazione, comprensivo di tutti gli oneri contributivi a carico dei contraenti, sia della quota dei due terzi a carico dell'Università che della quota di un terzo a carico del medico in formazione specialistica.

### 6.3 Analisi di genere dei Destinatari

L'analisi del gender dei 4.200 destinatari della prima annualità 2020/2021 restituisce un quadro sulla loro distribuzione relativamente ai contratti di specializzazione prescelti. C'è una compresenza dei due generi (maschi e femmine) in tutte le tipologie di specializzazioni, ad eccezione di "Scienza dell'alimentazione" ove vi è una presenza esclusiva di specialisti di gender femminile. Oltre quest'ultima, dal grafico sottostante si evince che le specializzazioni prescelte con un più alto tasso di medici specialisti di gender femminile risultano essere:

- Radiodiagnostica
- Psichiatria
- Patologia clinica e biochimica clinica
- Neuropsichiatria infantile ( il tasso femminile in questo caso è più del doppio di quello maschile)
- Geriatria.

Fig. 13 – Analisi del gender rispetto ai destinatari dell’Azione IV.1, per specializzazione



Fonte: elaborazioni del valutatore dati di monitoraggio MUR

Di contro, le tipologie di specializzazioni che vedono in maniera più preponderante la partecipazione di medici specialisti di gender maschile sono:

- ✓ Oftalmologia
- ✓ Malattie dell’Apparato Cardiovascolare
- ✓ Medicina del lavoro.

Con riferimento all’applicazione dei principi “orizzontali”- paragrafo 1.2 Criteri di Selezione delle Operazioni a valere su Risorse FSE-REACT-EU” – in particolare alla non discriminazione e della parità fra uomini e donne, l’ Azione IV.1 risulta funzionale ed è definita nel rispetto di quanto sancito nell’art. 19 del TFUE e l’art. 7 del Regolamento (UE) n.1303/2013, volta a contrastare qualsiasi discriminazione fondata su sesso, razza o origine etnica, religione o convinzioni personali, disabilità, età o orientamento.

## **7. L'AVANZAMENTO PROCEDURALE DELL'AZIONE IV.1**

### **7.1 I Annualità 2020/2021**

Per l'a.a. 2020/2021, il DD. 22043 del 23 dicembre 2022 individua gli Atenei e le rispettive scuole di specializzazione medica, in base alla spesa sostenuta dagli stessi per i medici in formazione specialistica ( n. 4.200 destinatari raggiunti dall'intervento) di cui all'art. 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. La lista di detti atenei beneficiari, contenente il numero e la tipologia dei contratti dei medici specializzandi, limitatamente ai posti coperti con contratti finanziati con

risorse statali, è indicata all'Allegato 1 <sup>35</sup> quale parte integrante del decreto citato, e riportato in calce al presente rapporto.

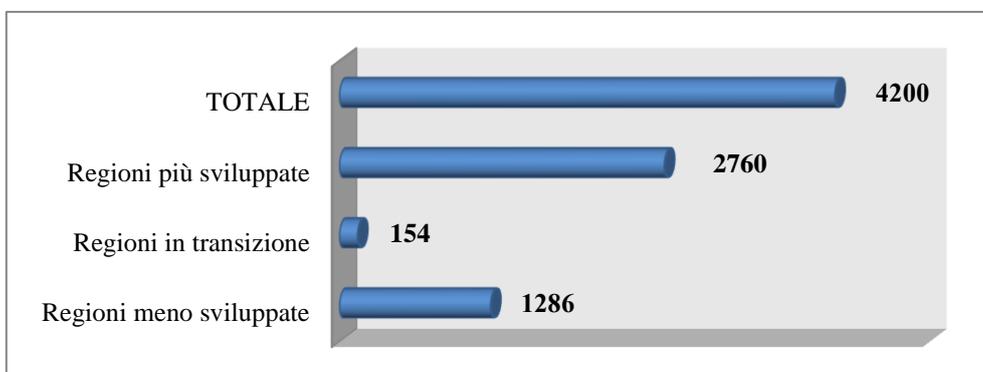
Le risorse finanziarie a valere sul PON sono state impegnate con Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca – Direzione Generale della ricerca n. 1077 del 27 giugno 2022, sono trasferite su specifico capitolo di bilancio del Ministero dell'Economia e delle Finanze per gli anni 2021 e 2022 (ex art. 1, commi 421 e 422, Legge 30/12/2020, n. 178) a seguito di avvenuta certificazione della spesa alla Commissione europea.

Con riferimento alla prima annualità 2020/2021, la selezione dei medici specializzandi, che sono i soggetti destinatari dell'Azione, è eseguita in attuazione del bando adottato con Decreto del Direttore Generale degli ordinamenti della formazione superiore e del diritto allo studio n. 1205 del 21 maggio 2021 in attuazione, e con le modalità stabilite, dal D.lgs. n.368/1999 e dal D.M. n. 130/2017 e ss.mm.ii.. Rispetto ai posti coperti con contratti finanziati con risorse statali, sono individuati **4.200** contratti di formazione medico specialistica riferiti alle scuole di specializzazione triennali e quadriennali, per i quali il medico specializzando selezionato abbia effettivamente concluso in modo positivo l'anno di corso-formazione svolto.

I **4.200** contratti finanziati dall'Azione IV.1, sulla base del criterio di riparto su base regionale, per l'anno 2020/2021 sono stati così di seguito ripartiti:

- 2.760 per gli Atenei delle Regioni del Centro Nord
- 154 per gli Atenei delle Regioni in Transizione
- 1.286 per gli Atenei delle Regioni Meno Sviluppate.

Fig. 14 - Ripartizione territoriale n. contratti di specializzazione medica a.a 2020/2021



Fonte: elaborazioni del valutatore su dati Decreto attuativo n. 22043 del 23 dicembre 2022

Per la gestione dell'intervento è stata configurata un'operazione a regia, in cui i **beneficiari finali sono gli Atenei (41 in tutta Italia) con le Scuole di Specializzazione**, a cui sono stati rimborsate le spese relative agli specializzandi individuati nel rispetto di quanto previsto dal Decreto 9 luglio 2021 del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca e al Ministro dell'economia e delle finanze, recante la *"Determinazione del numero globale dei medici*

<sup>35</sup> Allegato 1 del decreto 22043 del 23 dicembre 2022 in calce al presente report riporta l'elenco dei 4200 contratti di specializzazione medica per l'anno 2020/2021.

*specialisti da formare per il triennio 2020/2023 ed assegnazione dei contratti di formazione medica specialistica alle tipologie di specializzazioni per l'anno accademico 2020/2021” e dal Decreto del Ministro dell’Università e della Ricerca n. 998 del 28 luglio 2021 recante la “Distribuzione tra atenei dei contratti di formazione medica specialistica per l’a.a. 2020/2021”.*

È stato organizzato in data 26/10/2022 un webinar<sup>36</sup> dedicato all’Azione IV. 1, nel corso del quale sono stati chiariti nel dettaglio gli adempimenti richiesti agli Atenei beneficiari per il corretto utilizzo delle risorse, con specifica illustrazione e supporto al monitoraggio; sono state altresì predisposte linee guida ad hoc<sup>37</sup> con l’obiettivo di garantire la corretta rendicontazione delle risorse comunitarie. Le attività di rendicontazione sono state effettuate dai beneficiari con cadenza annuale, al completamento delle attività di lavoro-formazione specialistica effettuate da ciascun soggetto destinatario. Nello specifico, la rendicontazione della prima annualità si è conclusa positivamente. Ciascun ateneo beneficiario attraverso apposita piattaforma on line Cineca, messa a disposizione dal Ministero dell’Università e della Ricerca, e utilizzando la modulistica ivi presente e in coerenza con le Linee Guida pubblicate sul sito web del PON Ricerca e Innovazione 2014-2020, ha caricato la seguente documentazione<sup>38</sup>:

- contratto stipulato dal singolo medico specializzando in conformità al modello previsto dall’Avviso del MUR per la specifica annualità;
- dichiarazione rilasciata dal Direttore della Scuola di Specializzazione medica, per singolo contratto/nominativo, nella quale si attesta la positiva valutazione dell’annualità trascorsa e la conseguente ammissione all’annualità successiva;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi del DPR 445/2000, con la quale ciascun medico specializzando attesti il numero delle mensilità che sono state oggetto di pagamento del relativo rateo mensile posticipato da parte del sostituto d’imposta;
- elenco dei mandati di pagamento eseguiti dalla Scuola di specializzazione medica in favore dei medici specializzandi che rientrano nell’elenco dei contratti oggetto di finanziamento, sottoscritto dal preside della Scuola o da soggetto da lui delegato.

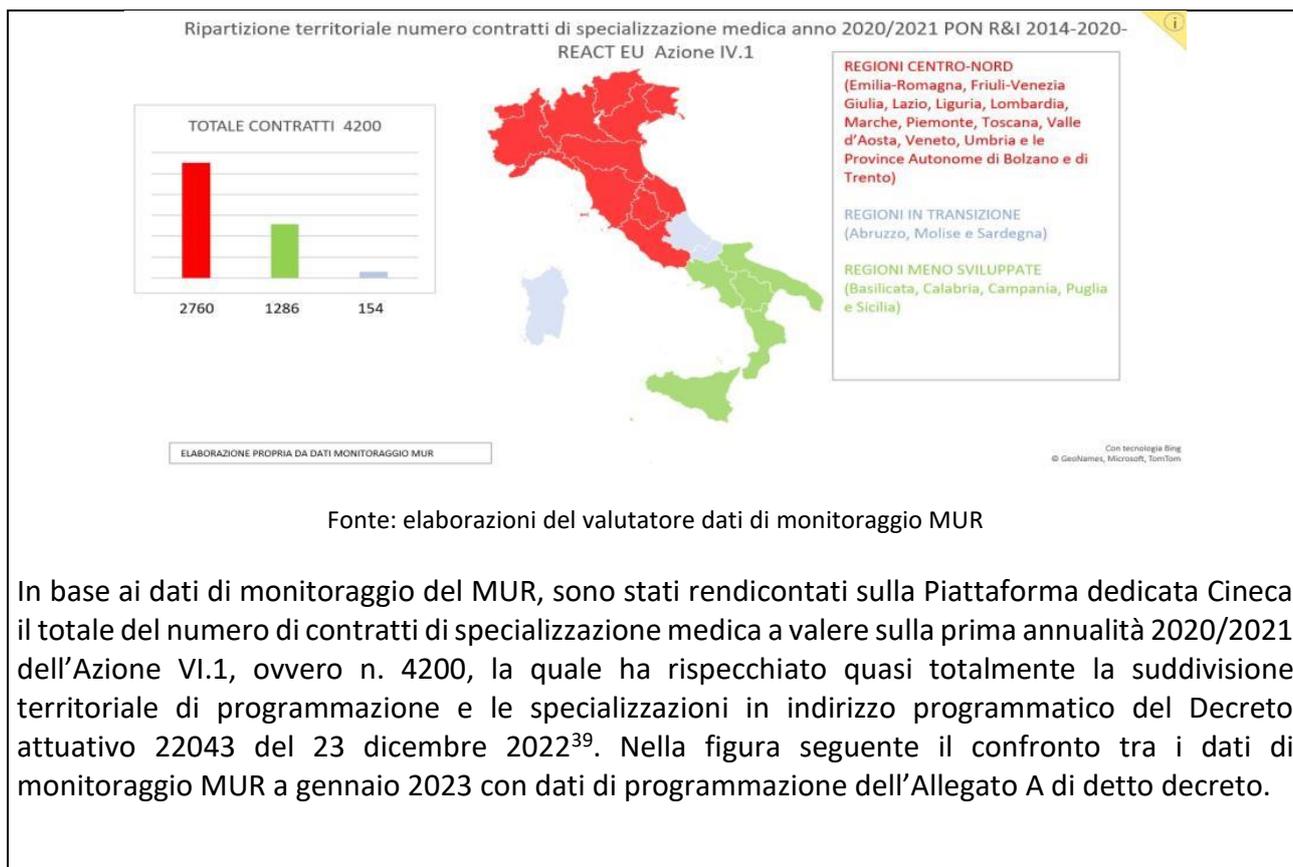
Per la generazione del CUP, ogni Ateneo ha inserito come importo il prodotto tra il numero di contratti PON assegnati e il valore economico del singolo contratto, pari a 25.000,00 euro, facendo riferimento alla normativa ovvero il Decreto del Ministro dell’università e della ricerca n. 998 del 28 luglio 2021 recante la Distribuzione tra atenei dei contratti di formazione medica specialistica per l’a.a. 2020/2021.

**Fig. 15 – Ripartizione territoriale n. contratti di specializzazione medica a.a 2020/2021**

<sup>36</sup> [http://www.ponricerca.gov.it/media/397038/pon-azione-iv1\\_webinar-ssm.pdf](http://www.ponricerca.gov.it/media/397038/pon-azione-iv1_webinar-ssm.pdf)

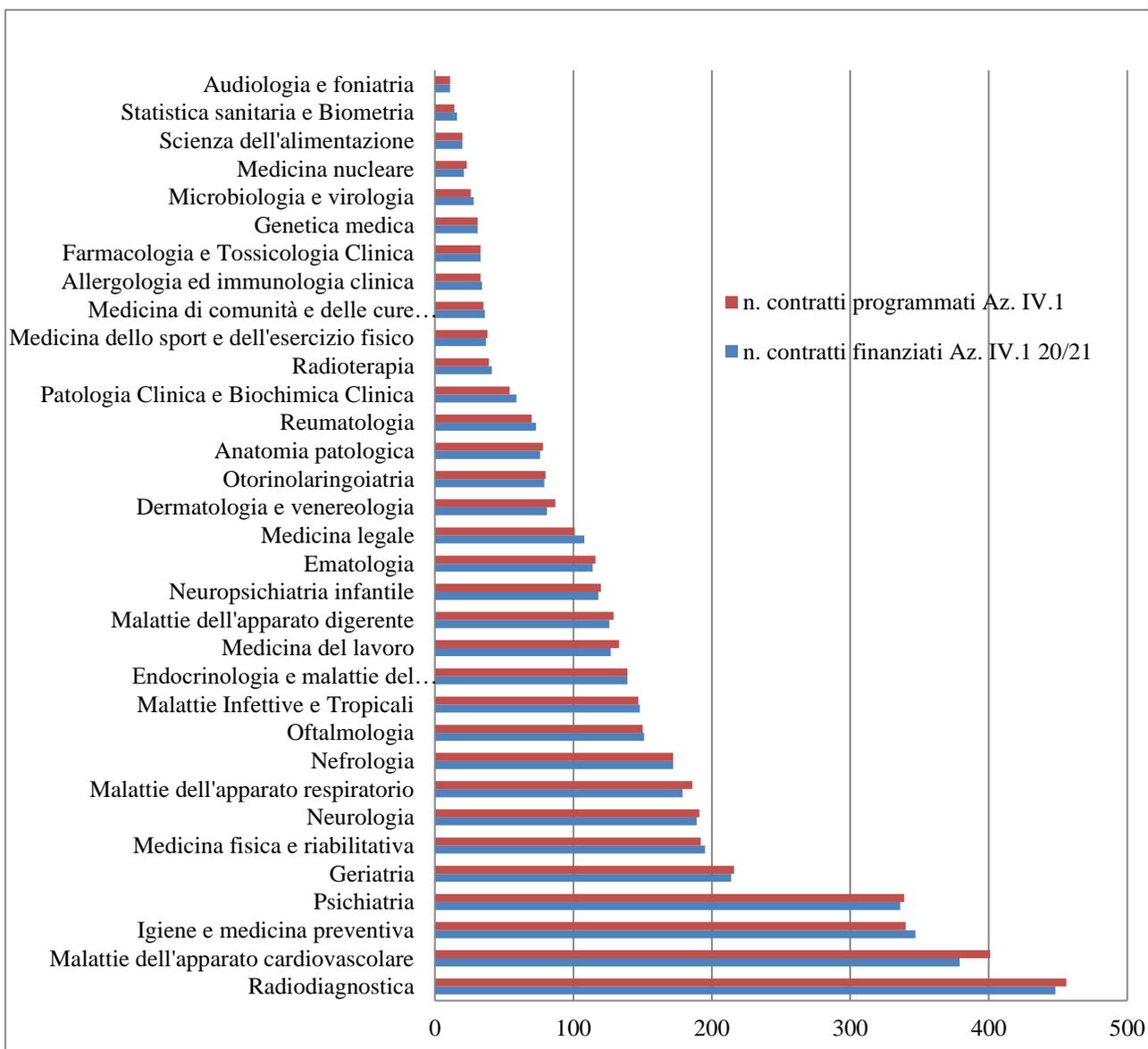
<sup>37</sup> <http://www.ponricerca.gov.it/media/397041/pon-react-azione-iv1-linee-guida.pdf>

<sup>38</sup> [http://www.ponricerca.gov.it/media/397038/pon-azione-iv1\\_webinar-ssm.pdf](http://www.ponricerca.gov.it/media/397038/pon-azione-iv1_webinar-ssm.pdf)



<sup>39</sup> Fonte dati di monitoraggio MUR.

Fig. 16 - Confronto contratti di specializzazione medica programmati e finanziati, a.a.2020/2021



Fonte: elaborazioni del valutatore dati di monitoraggio MUR al 25.01.2023 e dati Allegato decreto di attuazione DD n. 22043 del 23.12.2022.

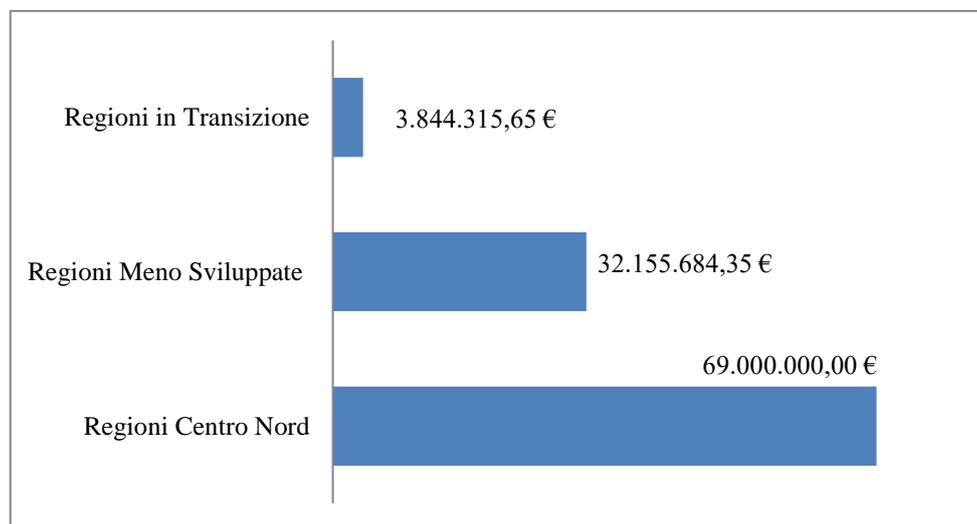
## 7.2 II Annualità 2021/2022

La dotazione finanziaria di 105 milioni di euro, pari al 50% della dotazione totale (210 milioni di euro), è stata ripartita a livello territoriale, in continuità con la prima annualità, secondo la seguente classificazione:

- Regioni del Centro-Nord (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Province autonome di Trento e Bolzano) per un importo pari a Euro 69.000.000,00

- Regioni meno Sviluppate (Calabria, Campania, Basilicata, Puglia e Sicilia) per un importo pari a euro 32.155.684,35
- Regioni in transizione (Abruzzo, Molise, Sardegna) per un importo pari euro 3.844.315,65.

Fig. 17 – Ripartizione territoriale della dotazione finanziaria per l'annualità 2021/2022



Fonte: elaborazioni del valutatore dati Decreto n. 22043 del 23 dicembre 2022

I **4.200** contratti finanziati dall'Azione IV.1, sulla base del criterio di riparto su base regionale, per l'anno 2021/2022, in continuità con l'anno precedente hanno avuto la medesima ripartizione ovvero:

- 2.760 per gli Atenei delle Regioni del Centro Nord
- 154 per gli Atenei delle Regioni in Transizione
- 1.286 per gli Atenei delle Regioni Meno Sviluppate

Il 27 luglio 2023 si è tenuto un secondo webinar<sup>40</sup> durante il quale l'Autorità di Gestione del PON Ricerca e Innovazione ha illustrato le indicazioni per la rendicontazione della seconda annualità (per i 4.200 a valere sull'a.a. 2021/2022). Al fine di semplificare le attività sono stati considerati i nominativi già tracciati nella piattaforma Cineca per la prima annualità, ovvero i contratti già rendicontati per l'annualità 2020-2021.

Il criterio di identificazione dei contratti per il finanziamento PON Ricerca e Innovazione ha considerato i contratti in essere al 30 giugno 2023, per i quali lo specializzando sta positivamente partecipando all'anno di formazione. Il Ministero dell'università e della ricerca, in qualità di Amministrazione titolare del PON "Ricerca e Innovazione" 2014-2020 coordina le relative attività di gestione, monitoraggio e rispetto degli adempimenti previsti per le azioni dell'intervento. Ai fini di una corretta rendicontazione, ha chiesto agli Atenei di caricare sul sistema informativo Cineca la documentazione richiesta, e di utilizzare per la II annualità 2021/2022 il medesimo CUP già richiesto al MEF e utilizzato per la I annualità, a patto che lo stesso abbia capienza finanziaria per entrambe le annualità. Entro il 30 settembre 2023 è stato chiesto agli Atenei di caricare la contrattualizzazione dello specializzando unitamente alle attestazioni di pagamento delle mensilità

<sup>40</sup> <http://www.ponricerca.gov.it/notizie/2023/borse-di-studio-e-spese-mediche-webinar-del-pon-ricerca-e-innovazione-a-supporto-dei-beneficiari-delle-azioni-iv3-e-iv1/>

(novembre 2022– giugno 2023). Entro il 27 novembre 2023 è stata fatta richiesta di caricare mensilmente i successivi mandati di pagamento, fino alla conclusione del contratto di ogni specializzando, la dichiarazione del Direttore della scuola di specializzazione ai fini dell'ammissione all'anno successivo e la dichiarazione dello specializzando sui compensi ricevuti<sup>41</sup>.

In sintesi, dai dati di monitoraggio MUR, lo stato di avanzamento procedurale e finanziario dell'intervento risulta in linea con i tempi fissati in sede di programmazione; in particolare, la rendicontazione della spesa della prima annualità (a.a. 2020/2021) risulta conclusa positivamente, mentre relativamente alla seconda (a.a. 2021/2022) che è ancora in corso di finalizzazione, si stima di chiudere il processo entro i termini e le modalità previste con buon esito.

L'avanzamento procedurale è risultato regolare. Le criticità sono legate alle eventuali rinunce da parte di pochi destinatari (ad esempio: medico specializzando che decide di trasferirsi all'estero, oppure in sospensione in caso di maternità). Questi casi - assai poco significativi dal punto di vista quantitativo rispetto al totale di 8.400 contratti - sono stati gestiti e risolti positivamente, ovvero la scuola di specializzazione ha effettuato una sostituzione del contratto in essere con un altro destinatario elegibile al fine di non perdere il percorso formativo finanziato. Le attività in corso sono dunque idonee rispetto al conseguimento dei target prefissati e coerenti con gli obiettivi della Riprogrammazione REACT EU a valere sul PON Ricerca e Innovazione.

Punto di forza per l'implementazione dell'Azione è certamente stato determinato dall'avvalersi per la II annualità 2021/2022 del medesimo CUP già richiesto al MEF e utilizzato per la I annualità. In tal modo, si è facilitato il processo di rendicontazione e di caricamento di alcuni documenti propedeutici, in quanto già caricati in piattaforma Cineca in precedenza, e agevolato dall'uso, ove possibile, dello stesso Codice Unico di Progetto (CUP).

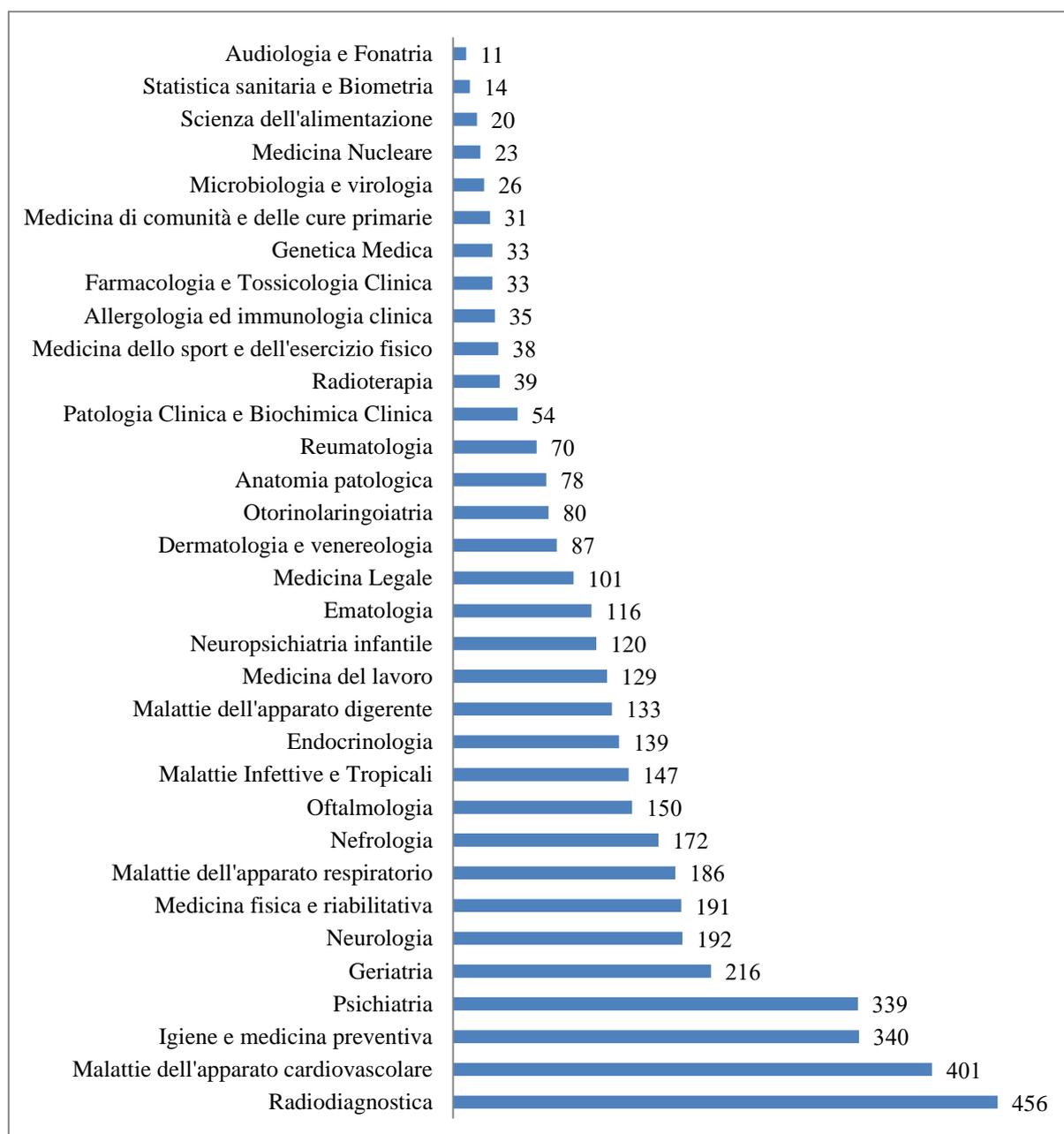
---

<sup>41</sup> Atto notorio, ai sensi del DPR 445/2000, con la quale ciascun medico specializzando attesti il numero delle mensilità che sono state oggetto di pagamento del relativo rateo mensile posticipato da parte del sostituto d'imposta.

## 8. LA RIPARTIZIONE DEI CONTRATTI PER SPECIALIZZAZIONE MEDICA

I 4.200 contratti di specializzazione medica dell’Azione IV.1, finanziati per l’a.a. 2020/2021, sono stati così di seguito ripartiti:

Fig. 18 – Distribuzione del n. contratti di specializzazione medica finanziati, suddivisi per scuola di specializzazione



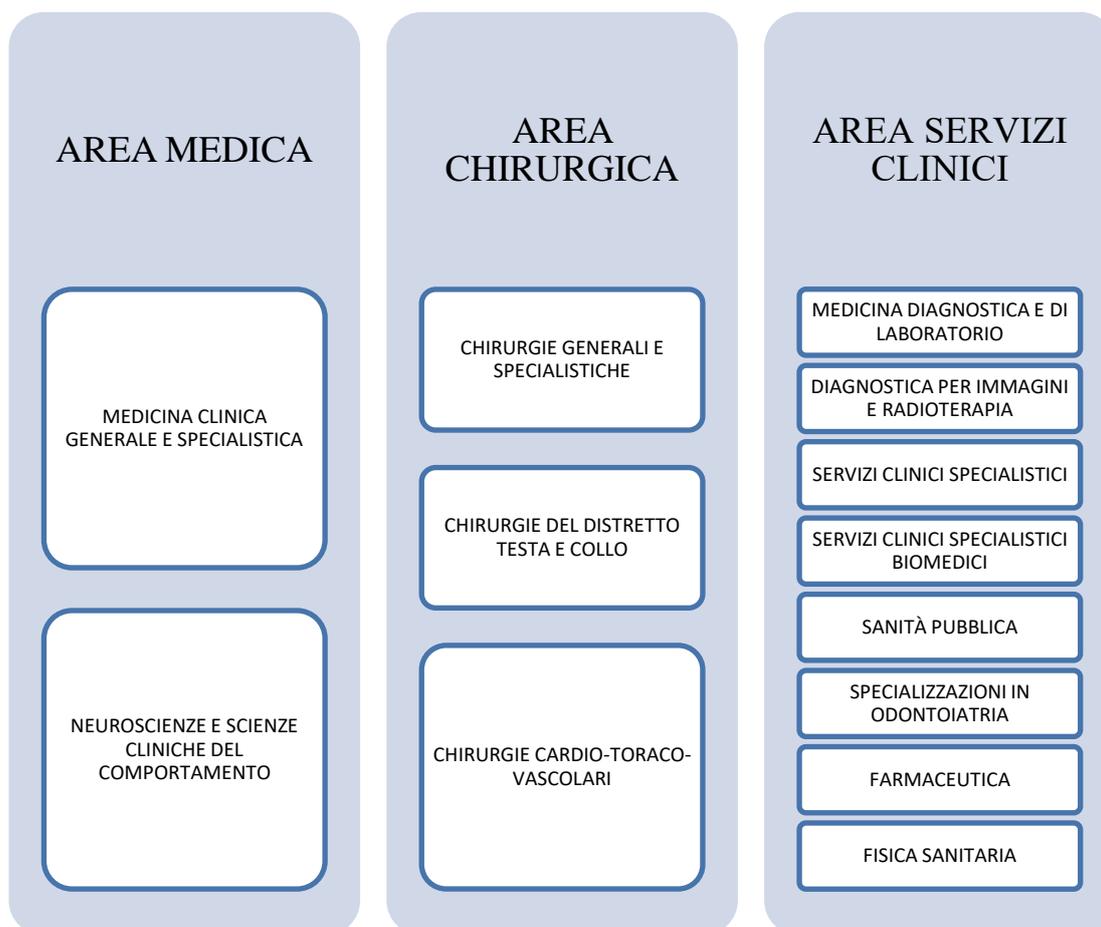
Fonte: elaborazioni del valutatore su dati Decreto n. 22043 del 23 dicembre 2022

Le scuole di specializzazione di medicina a livello nazionale<sup>42</sup> sono regolate dall'ex D.M. 68/2015 e sono classificate per Area- per Classe e Tipologia.

Le tre aree sanitarie cui afferiscono sono:

1. specializzazioni dell'area medica;
2. specializzazioni dell'area chirurgica;
3. specializzazioni dei servizi clinici.

Fig. 19 – Classificazione delle specializzazioni mediche, per area sanitaria e classe



Fonte: elaborazioni del valutatore da D.M. 68/2015

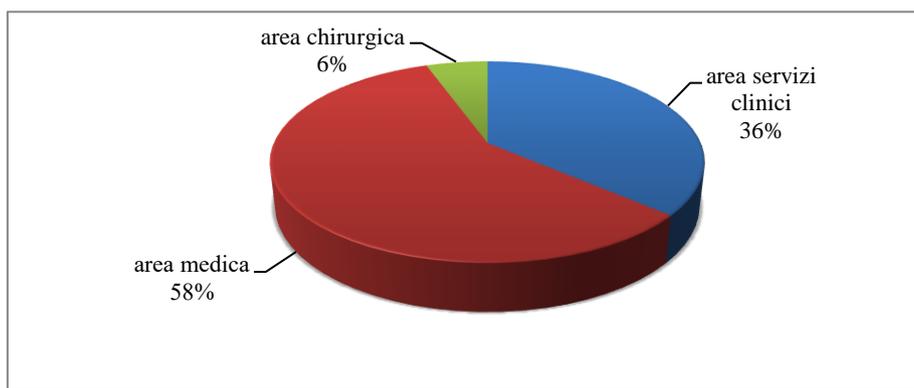
Qui di seguito si è ricostruito un quadro completo della ripartizione dei n. 4200 contratti secondo le aree e le classi delle diverse specializzazioni cui afferiscono i contratti finanziati. Essi sono classificabili in **33 tipologie** secondo l'ex D.M. 68/2015 e D.I. 1109/2021, così di seguito:

<sup>42</sup> Il decreto che individua le scuole di specializzazione area medica per l'anno accademico 2022/2023 è il Decreto Ministeriale n. 1065 del 8 settembre 2022, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 217 del 13 settembre 2022.

- ✓ **n. 456 contratti in Radiodiagnostica** (affidente alle Specializzazioni di area dei servizi clinici, classe della diagnostica per immagini e radioterapia)
- ✓ **n. 401 contratti in Malattie dell'Apparato cardio vascolare** (affidente alle Specializzazioni dell'area medica, classe della medicina clinica generale e specialistica).
- ✓ **n. 340 contratti in Igiene e medicina preventiva** (affidente alle Specializzazioni di area dei servizi clinici- classe Sanità Pubblica).
- ✓ **n. 339 contratti in Psichiatria** (affidente alle Specializzazioni dell'area medica, classe delle neuroscienze e scienze cliniche del comportamento)
- ✓ **n. 216 contratti in Geriatria** (affidente alle Specializzazioni dell'area medica, classe della medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 192 contratti in Neurologia** (affidente alle Specializzazioni dell'area medica - classe delle neuroscienze e scienze cliniche del comportamento)
- ✓ **n. 191 contratti in Medicina fisica e riabilitativa** (affidente alle Specializzazioni di area dei servizi clinici - classe dei servizi clinici specialistici)
- ✓ **n. 186 contratti in Malattie dell'apparato respiratorio** (affidente alle Specializzazioni dell'area medica- classe medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 172 contratti in Nefrologia** (affidente alle Specializzazioni dell'area medica - classe medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 150 contratti in Oftalmologia** (affidente alle specializzazioni di area chirurgica classe delle chirurgie del distretto testa e collo)
- ✓ **n. 147 contratti in Malattie Infettive e Tropicali** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe della medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 139 contratti in Endocrinologia** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe della medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 133 contratti in Malattie dell'apparato digerente** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe della medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 129 contratti in Medicina del Lavoro** (affidente alle specializzazioni di area servizi clinici - classe della sanità pubblica)
- ✓ **n. 120 contratti in Neuropsichiatria Infantile** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe delle neuroscienze e scienze cliniche del comportamento)
- ✓ **n. 116 contratti in Ematologia** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe della medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 101 contratti in Medicina Legale** (affidente alle specializzazioni di area servizi clinici - classe della sanità pubblica)
- ✓ **n. 87 contratti in Dermatologia e venereologia** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe della medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 80 contratti in Otorinolaringoiatria** (affidente alle specializzazioni di area chirurgica - classe delle chirurgie del distretto testa e collo)
- ✓ **n. 78 contratti in Anatomia Patologica** (affidente alle specializzazioni di area servizi clinici - classe della medicina diagnostica e di laboratorio)
- ✓ **n. 70 contratti in Reumatologia** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe della medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 54 contratti in Patologia Clinica e Biochimica Clinica** (affidente alle specializzazioni di area servizi clinici - classe della medicina diagnostica e di laboratorio)

- ✓ **n. 39 contratti in Radioterapia** (affidente alle specializzazioni di area servizi clinici - classe della diagnostica per immagini e radioterapia)
- ✓ **n. 38 contratti in Medicina dello Sport e dell'esercizio fisico** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe della medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 35 contratti in Allergologia e immunologia clinica** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe della medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 33 contratti in Farmacologia e Tossicologia Clinica** (affidente alle specializzazioni di area servizi clinici - classe dei servizi clinici specialistici biomedici)
- ✓ **n. 33 contratti in Genetica medica** (affidente alle specializzazioni di area servizi clinici - classe dei servizi clinici specialistici biomedici)
- ✓ **n. 31 contratti in Medicina di comunità e delle cure primarie** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe di medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 26 contratti in Microbiologia e virologia** (affidente alle specializzazioni di area dei servizi clinici - classe della medicina diagnostica e di laboratorio)
- ✓ **n. 23 contratti in Medicina Nucleare** (affidente alle specializzazioni di area dei servizi clinici – classe di diagnostica per immagini e radioterapia)
- ✓ **n. 20 contratti in Scienza dell'alimentazione** (affidente alle specializzazioni dell'area medica - classe della medicina clinica generale e specialistica)
- ✓ **n. 14 contratti in Statistica Sanitaria e Biometria** (affidente alle specializzazioni di area servizi clinici - classe della sanità pubblica)
- ✓ **n. 11 contratti in Audiologia e Foniatria** (affidente alle specializzazioni di area servizi clinici - classe dei servizi clinici specialistici).

Fig. 20 – Contratti di specializzazione medica finanziati nell'a.a. 2020/2021, per area sanitaria



Fonte: elaborazioni del valutatore propria su dati Decreto 23 dicembre 2022 n. 22043

Dalla suddivisione emerge che la maggioranza dei contratti di specializzazione medica (58% sul totale dei 4.200) finanziati dall'azione IV.1, a valere sull'a.a. 2020/2021, ovvero n. 2.242, afferiscono all'area medica e dunque alle classi di Medicina Clinica Generale e Specialistica e Neuroscienze e Scienze Cliniche del Comportamento.

Il 36% dei contratti, ovvero n. 1.528 afferiscono all'Area dei servizi clinici.

Solo il 6% di essi, sul totale dei 4.200 finanziati, ovvero 230 contratti afferiscono all'Area Chirurgica.

Le specializzazioni più richieste, in concomitanza della crisi pandemica, quali ad esempio Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale, Medicina d’Emergenza Urgenza, afferiscono proprio all’aerea chirurgica, hanno un percorso di specializzazione formativo di 5 anni, e dunque sono finanziate con altre tipologie di fonti (PNRR/ contratti regionali). I contratti di specializzazione medica finanziati dall’Azione IV.1 sono per la quasi totalità quadriennali ad eccezione di n. 16 contratti triennali di Statistica Sanitaria e Biometria.

## 9. GLI INTERVENTI ANALOGHI

### 9.1 Misure finanziate dal PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza <sup>43</sup>

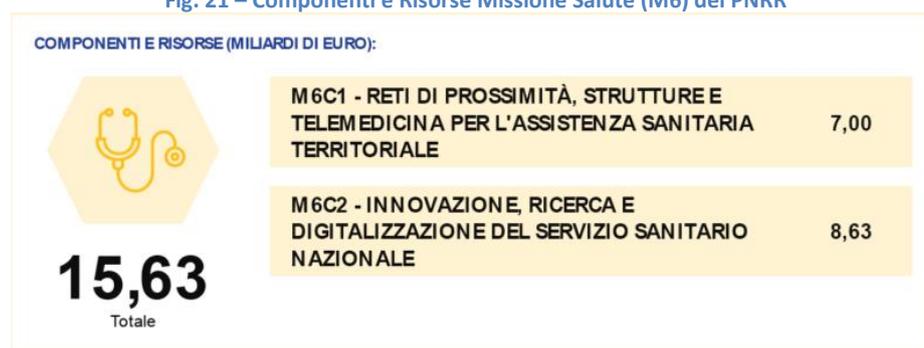
Gli interventi della Missione 6 Salute del PNRR, da raggiungere entro il 2026, si dividono in due aree principali:

1. ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia vicina e prossima alle persone;
2. innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità più sicura, equa e sostenibile.

In quest’ottica gli interventi della Missione Salute (M6) sono divisi in due Componenti (C), a titolarità del Ministero della Salute, ognuna delle quali prevede una Riforma e specifici Investimenti.

Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale  
Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Fig. 21 – Componenti e Risorse Missione Salute (M6) del PNRR



Fonte: <https://www.nexteu.it/pnrr-italiano-cose-cosa-prevede-2/>

L’Allegato 2<sup>44</sup> del presente report riporta la tabella di sintesi degli interventi di competenza del Ministero della Salute- Missione 6 – Salute.

<sup>43</sup> <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5884&area=PNRR-Salute&menu=investimenti>

<sup>44</sup> [https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_5833\\_0\\_file.pdf](https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5833_0_file.pdf)

**Fig. 22 –Quadro delle misure e risorse M6C2 Missione Salute (M6) del PNRR**

QUADRO DELLE MISURE E RISORSE (MILIARDI DI EURO):

| Ambiti di intervento/Misure  | Totale      |
|--|-------------|
| Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS   | -           |
| <b>1. Aggiornamento tecnologico e digitale</b>   | <b>7,36</b> |
| Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero  | 4,05        |
| Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile   | 1,64        |
| Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione | 1,67        |
| <b>2. Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico</b>  | <b>1,26</b> |
| Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN   | 0,52        |
| Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario                        | 0,74        |
| <b>Totale</b>  | <b>8,63</b> |

Fonte: <https://www.nexteu.it/pnrr-italiano-cose-cosa-prevede-2/>

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono che gli operatori sanitari siano regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN. Tale necessità, è apparsa evidente anche in coincidenza della crisi pandemica. La Missione 6 dedicata alla Salute del PNRR è relativa alla Formazione, Ricerca Scientifica e Trasferimento Tecnologico.

L'investimento 2.2 prevede lo *“sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali”*. Esso mira a rafforzare la formazione in medicina di base, introdurre un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere e garantire un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario. Esso prevede in particolare:

- ✓ l'incremento delle borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali;
- ✓ l'avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali;
- ✓ l'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSN, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile, sempre orientata al risultato;
- ✓ l'incremento dei contratti di formazione specialistica per affrontare il cosiddetto **“imbuto formativo”**, vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-lauream previsto e garantire così un adeguato turn-over dei medici specialisti del SSN.

Nello specifico, sono in corso di finanziamento:

- ✓ Borse di studio di medicina generale: ogni anno del triennio 2021-2023 è stato pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare 900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive). Questa distribuzione temporale assicura il completamento degli ultimi corsi entro metà 2026.
- ✓ Un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026)
- ✓ Progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN: si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 4.500 persone entro il 2026
- ✓ 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.

Quest'ultima rappresenta misura analoga con l'intervento finanziato dall'Azione IV.1 del PON Ricerca e Innovazione, ma vi sono differenze sostanziali nella tipologia e nella durata dei contratti di formazione medico specialistica finanziati.

I contratti finanziati a valere sul PNRR riguardano specializzazioni di durata quinquennale. I contratti relativi all'Azione IV.1 sono di durata quadriennale ad eccezione di n. 14 triennali in Statistica sanitaria e Biometria. Le specializzazioni mediche cosiddette "di emergenza" quali ad esempio Anestesia e Rianimazione, Chirurgia Generale, Medicina d'Emergenza Urgenza, Ginecologia, hanno un percorso di specializzazione formativo di 5 anni, e dunque rientrano nella fattispecie dei contratti finanziati dal PNRR.

Il numero dei contratti di formazione medico specialistica finanziati- 4200, per ciascun Ateneo ( in totale sono 43), con i fondi previsti nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'Investimento M6 C2.2 ovvero d) "Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub-misura: contratti di formazione medica specialistica", è definito dalla Tabella A, allegata al decreto del Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero dell'Università e della Ricerca. Decreto 19 aprile 2023, inserita in calce al presente report.

La quota delle risorse rendicontabili da parte di ciascun Ateneo nell'ambito dell'importo complessivo previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per l'Investimento M6 C2.2 d) "Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub-misura: contratti di formazione medica specialistica", pari a € 537.600.000, è determinata nella Tabella B, allegata al Decreto 19 aprile 2023 che ne costituisce parte integrante, inserita in calce al presente report.

Ciascun Ateneo rendiconta i contratti nell'ambito dei contratti di formazione medico specialistica della durata di 5 anni assegnati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca del 28 luglio 2021, n. 998.

La Milestone da programma M6C2-00-ITA-23- ovvero "Pubblicazione di un decreto annuale del Governo che assegna all'Università le risorse economiche per finanziare 4.200 contratti di formazione per un ciclo completo di studi (5 anni)" a valere sull'Investimento M6C2I2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema

sanitario- Sub investimento M6C2I2.2 (d) - Contratti di formazione medico-specialistica, risulta raggiunta<sup>45</sup>. La valutazione dell'impatto di questo intervento non è tuttavia ancora procedibile poiché i contratti finanziati sono quinquennali e dunque non è possibile, ad oggi, misurare il loro effetto sulla resilienza del Sistema Sanitario Nazionale.

## 9.2 Contratti di specializzazione medica finanziati da fonti regionali

Per quanto riguarda i requisiti specifici richiesti delle Regioni per i candidati al concorso di cui al bando 909/2022, al fine di concorrere all'assegnazione dei contratti aggiuntivi da esse finanziate nell'anno 2021/2022, vengono esplicitate nel Decreto dittatoriale 1229 del 27 luglio 2022 le prescrizioni per accedere ai contratti aggiuntivi regionali di specializzazione medica<sup>46</sup>.

Da un'analisi comparativa di ciascuna Regione, emerge una situazione molto variegata con differenze formali e sostanziali riportate nella tabella sottostante. Al fine di potenziare il patrimonio culturale degli operatori del sistema sanitario regionale e favorire i processi di miglioramento complessivo dell'offerta formativa, le Regioni vincolano la destinazione di tali contratti regionali a diversi requisiti che sono modulati in maniera differente a livello territoriale (possesso della residenza; attestazione ISEE sotto una certa soglia, impegno del medico in formazione specialistica a prestare servizio nel territorio regionale, versamento di una quota percentuale della spesa sostenuta in caso lo specializzando risolve anticipatamente il contratto per rinuncia al corso di studi; etc.), detti requisiti cambiano considerevolmente da regione a regione, come si evince dalla tabella sottostante restituendo un quadro disomogeneo a livello territoriale .

---

<sup>45</sup> <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/archivioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&anno=&tp=&st=&cmp=&inv=5884&btnCerca=cerca>

<sup>46</sup> <https://www.mur.gov.it/it/atti-e-normativa/decreto-direttoriale-n-1229-del-27-07-2022>

Tab. 3 – Requisiti specifici per l’assegnazione dei contratti aggiuntivi regionali

| ENTE FINANZIATORE                    | REQUISITI SPECIFICI DA DD. 1229 DEL 27 LUGLIO 2022 PER ASSEGNAZIONE CONTRATTI AGGIUNTIVI SPECIALIZZAZIONE MEDICA ANNO 2021/2022  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Provincia autonoma di Trento</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- il possesso della residenza in un comune della provincia di Trento da almeno due anni a decorrere dalla data di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione</li> <li>- il possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale (o comunque conseguita entro l'inizio delle attività didattiche); non avere già beneficiato di un contratto di formazione specialistica aggiuntivo finanziato dalla Provincia autonoma di Trento ai sensi dell'art. 4 della legge provinciale n. 4/91;</li> <li>- di beneficiare ovvero di aver già beneficiato di un contratto di formazione specialistica aggiuntivo finanziato ai sensi dell'art. 4 della legge provinciale n. 4/91, impegnandosi in tal caso alla restituzione delle somme dovute ai sensi della deliberazione di giunta provinciale n. 1564/2013, come modificata dalla deliberazione n. 1973/2021;</li> <li>- di impegnarsi a collaborare con il Servizio Sanitario provinciale per un periodo fino a due anni, qualora l'Azienda provinciale per i servizi sanitari lo informi del proprio interesse alla collaborazione entro 60 giorni dalla comunicazione del conseguimento della specializzazione;</li> </ul> |
| <b>Provincia autonoma di Bolzano</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- possesso dell'attestato di bilinguismo CI (italiano e tedesco) oppure di un certificato di lingua equipollente di livello CI</li> <li>- prestare per quattro anni di servizio a tempo pieno nel territorio della provincia di Bolzano, entro 10 anni dal conseguimento del diploma di medico specialista;</li> </ul>  |
| <b>Regione Basilicata</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- iscrizione ad uno degli Ordini dei Medici Provinciali della Regione Basilicata; residenza nella Regione Basilicata da almeno 3 anni;</li> <li>- impegno a svolgere, per il periodo massimo consentito individuato dall'Università, la formazione specialistica presso le strutture del Sistema Sanitario Regionale, facenti parte della rete formativa della scuola interessata, che saranno individuate d'intesa tra la Regione e l'Università cui sarà diretto il finanziamento;</li> <li>- impegno del medico in formazione specialistica a prestare servizio nel territorio della Regione Basilicata per almeno 5 (cinque) anni dal conseguimento del titolo di specializzazione;</li> </ul>  |
| <b>Regione Calabria</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- residenza nella regione Calabria da almeno 2 anni alla data di sottoscrizione del contratto di formazione specialistica; età non superiore ai 35 anni;</li> <li>- impegno a garantire la propria disponibilità a prestare servizio presso il territorio della Regione Calabria per un periodo di cinque anni dal conseguimento del titolo di specializzazione;</li> </ul>   |
| <b>Regione Campania</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- residenza in Campania da almeno 3 anni;</li> </ul>  |
| <b>Regione Emilia-Romagna</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- impegno, dal conseguimento del diploma di specializzazione, a prestare la propria attività lavorativa nelle strutture e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale emiliano-romagnolo per un periodo pari almeno alla durata del corso di specializzazione frequentato;</li> <li>- aver conseguito il diploma di Laurea in uno degli Atenei emiliano-romagnoli oppure essere residente nella Regione Emilia-Romagna a decorrere dalla data di scadenza della domanda di iscrizione al concorso;</li> </ul>   |
| <b>Friuli-Venezia Giulia</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- residenza sul territorio regionale da almeno tre anni alla data di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione al concorso;</li> <li>- assegnazione di tali contratti vincolata agli Atenei beneficiari per l'intera durata del corso di specializzazione;</li> </ul>   |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>Regione Liguria</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- essere nati in regione Liguria o essere in possesso della residenza in un Comune della regione Liguria da almeno tre anni a decorrere dalla data di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione al concorso;</li> <li>- essere iscritto presso uno degli Ordini dei Medici della regione Liguria all'atto della firma del contratto di formazione;</li> <li>- non avere già beneficiato di un contratto di formazione specialistica aggiuntivo finanziato dalla regione Liguria, anche in caso di rinuncia o interruzione della formazione già iniziata; impegno a prestare la propria attività lavorativa per un periodo di due anni entro i 5 anni dal conseguimento del diploma di specializzazione, nelle Strutture e negli enti del Servizio Sanitario regionale ovvero presso l'Università degli Studi di Genova;</li> <li>- impegno dello specializzando a svolgere la propria attività formativa presso le sedi individuate congiuntamente dalla regione Liguria e dall'Università assegnataria del posto finanziato;</li> <li>- impegno a conseguire il diploma di specializzazione per il quale si beneficia del contratto. Lo specializzando che risolve anticipatamente il contratto per rinuncia al corso di studi deve versare alla regione Liguria il 70% della spesa complessivamente sostenuta per il contratto aggiuntivo regionale del quale ha beneficiato;</li> </ul> |
| <b>Regione Lombardia</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- iscrizione ad uno degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della regione Lombardia alla data di inizio delle attività didattiche delle Scuole di specializzazione; residenza nella regione Lombardia da almeno tre anni alla data di scadenza del bando di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione;</li> <li>- non aver già beneficiato di un contratto aggiuntivo regionale, ad esclusione del caso in cui abbiano restituito quanto percepito;</li> <li>- impegno, mediante sottoscrizione di un'apposita clausola contrattuale, a prestare servizio presso il Servizio Sanitario Regionale, per un periodo minimo complessivo di almeno tre anni nei cinque anni successivi al conseguimento della specializzazione. In caso di inadempimento del suddetto obbligo relativo ai tre anni di servizio, il medico assegnatario del contratto aggiuntivo regionale è tenuto a restituire alla regione fino all'80% di quanto percepito, al netto delle imposte e dei contributi previdenziali e assistenziali, secondo modalità e criteri di gradualità stabiliti dalla Giunta regionale;</li> </ul>  |
| <b>Regione Marche</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- aver conseguito il diploma di laurea presso l'Università Politecnica delle Marche oppure risiedere in un comune della regione Marche a decorrere dalla data di scadenza della domanda di iscrizione al concorso per l'accesso alle Scuole di specializzazione;</li> <li>- non avere beneficiato di un contratto di formazione specialistica finanziato dalla regione e non aver interrotto o rinunciato all'eventuale formazione iniziata;</li> <li>- impegnarsi a prestare la propria attività lavorativa nelle strutture e negli enti del Servizio sanitario regionale delle Marche per un periodo minimo di tre anni, entro cinque anni dal conseguimento della specializzazione;</li> </ul>  |
| <b>Regione Puglia</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- essere iscritti presso uno degli Ordini dei medici pugliesi;</li> <li>- avere la residenza in Puglia all'atto della firma del contratto;</li> <li>- impegno del medico in formazione specialistica ad accettare e svolgere servizio per aziende o enti del SSR pugliese, anche come convenzionato, per un periodo complessivo di tre anni. In caso di inosservanza totale dell'impegno di cui al presente punto per motivo a lui imputabile, il medico assegnatario del contratto aggiuntivo regionale è tenuto a restituire alla Regione un importo pari al 50 per cento dell'importo complessivo percepito.</li> <li>- in caso di cessazione anticipata del contratto di formazione per rinuncia al corso di studi il medico assegnatario del contratto aggiuntivo regionale è tenuto a restituire alla Regione il 50 per cento dell'importo complessivo percepito.</li> </ul>   |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Regione Piemonte</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- iscrizione ad uno degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della regione Piemonte alla data della sottoscrizione del contratto di formazione medico specialistica;</li> <li>- residenza nella regione Piemonte per almeno cinque anni, negli ultimi 12 anni antecedenti la data di scadenza del bando di concorso per l'accesso alle Scuole di specializzazione;</li> <li>- sottoscrizione dell'impegno dello specializzando, prima dell'immatricolazione alla scuola, a prestare la propria attività lavorativa per almeno cinque anni, a decorrere dalla data di conseguimento del diploma di specialità;</li> <li>- impegno dello specializzando a conseguire il diploma di specializzazione per il quale beneficia del contratto aggiuntivo regionale, tenuto conto che lo specializzando che risolve anticipatamente il contratto per rinuncia al corso di studi dovrà versare alla regione Piemonte quanto percepito al netto delle imposte e dei contributi previdenziali ed assistenziali;</li> </ul>   |
| <b>Regione Sardegna</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- residenza nel territorio della regione Sardegna da almeno cinque anni alla data di sottoscrizione del contratto di formazione specialistica;</li> <li>- il medico assegnatario di un contratto aggiuntivo regionale che risolve anticipatamente il contratto per rinuncia al corso di studi e stipuli nel triennio successivo un nuovo contratto di formazione specialistica o che non adempia agli obblighi di cui all'art. 5, comma 1, lettera c), della L.R. n. 6/2020 restituisce il 50 per cento di quanto percepito durante l'attività di formazione, al netto delle imposte e dei contributi previdenziali e assistenziali.</li> </ul>  |
| <b>Regione Sicilia</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- essere nati o residenti in Sicilia;</li> <li>- avere una età non superiore a 35 anni;</li> <li>- avere un reddito ISEE non superiore a € 30.000,00 (trentamila euro);</li> </ul>   |
| <b>Regione Toscana</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- possesso di almeno una delle seguenti tre condizioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>- iscrizione ad uno degli Ordini dei Medici della regione Toscana da almeno il 31/12/2021;</li> <li>- residenza in uno dei Comuni della regione Toscana da almeno il 31/12/2021;</li> <li>- possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso gli atenei della Toscana;</li> </ul> </li> <li>- impegno a prestare la propria attività lavorativa nelle strutture e negli enti del Servizio Sanitario Regionale toscano per un periodo di 5 (cinque) anni, da concludersi entro 8 (otto) anni dal conseguimento del diploma di specializzazione;</li> <li>- non avere già beneficiato di un contratto di formazione specialistica finanziato dalla Regione Toscana; tale precedente beneficio è ostativo alla nuova concessione anche nel caso vi sia stata successiva rinuncia o interruzione della formazione già iniziata;</li> <li>- il medico in formazione o lo specialista formato su contratto finanziato dalla regione Toscana che non ottemperi agli obblighi di cui al precedente punto o si dimetta nei primi due anni del contratto relativo alla formazione specialistica, è tenuto al rimborso alla Regione di una quota corrispondente al 70% della spesa complessivamente sostenuta per il contratto aggiuntivo regionale del quale ha beneficiato</li> </ul> |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>Regione Umbria</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- residenza nella regione Umbria da almeno 3 anni a decorrere dalla data di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione al concorso per l'accesso alle Scuole di specializzazione;</li> <li>- non avere già beneficiato di un contratto di formazione specialistica finanziato dalla Regione Umbria anche in caso di rinuncia o interruzione della formazione già intrapresa</li> <li>- età anagrafica non superiore a 35 anni alla data di sottoscrizione del contratto di formazione;</li> <li>- impegno a prestare la propria attività lavorativa entro i 5 anni dal conseguimento del diploma di specializzazione nelle strutture e negli enti del Servizio Sanitario regionale ovvero presso l'Università degli Studi di Perugia per un periodo di due anni;</li> <li>- nel caso si risolva anticipatamente il contratto per rinuncia al corso di studi, deve restituire alla Regione Umbria la spesa complessivamente sostenuta per il contratto aggiuntivo regionale del quale lo specializzando ha beneficiato versando il relativo importo all'Università degli studi di Perugia</li> </ul> |
| <b>Valle d'Aosta</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della regione autonoma Valle d' Aosta/Vallée d' Aoste entro sei mesi dalla data di inizio delle attività didattiche delle scuole di specializzazione;</li> <li>- residenza o che siano stati residenti in Valle d'Aosta per almeno tre anni, anche non continuativi negli ultimi quindici anni, alla data di presentazione della domanda di partecipazione al concorso di ammissione alla scuola di specializzazione;</li> <li>- il medico che non consegua il diploma di specializzazione per rinuncia al corso di studi o che non presti servizio nei cinque anni successivi alla data di conseguimento del diploma di specializzazione presso le strutture dell'Azienda USL della Valle d'Aosta per un periodo minimo complessivo di cinque anni, ai sensi dell' art.4, comma 1, della legge regionale 11/2017 deve versare alla Regione le somme previste dalla medesima legge regionale e dalla deliberazione della Giunta regionale 1712/2017;</li> </ul>   |
| <b>Regione Veneto</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- residenza in un comune della regione Veneto da almeno tre anni consecutivi a decorrere dalla data di scadenza per la presentazione della domanda di partecipazione</li> <li>- iscrizione ad uno degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Regione Veneto entro la data di inizio delle attività didattiche prevista dal MUR per l'anno accademico di riferimento;</li> <li>- impegno del medico in formazione specialistica, nei 5 anni successivi al conseguimento del diploma di specializzazione, a partecipare alle procedure indette dalle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario regionale veneto per il reclutamento di medici che prevedano, tra i requisiti per la partecipazione, la specializzazione conseguita, ad accettare e a svolgere gli incarichi assegnatigli, anche come convenzionato, per un periodo complessivo di tre anni.</li> </ul>   |

## 10. GLI INDICATORI DI PROGRAMMA DELL'AZIONE IV.1

### 10.1 Indicatori di output

| Indicatori di output |   |                      |   |  | Valore obiettivo (2023) |         |         | Valore cumulativo |         |         | Rapporto di conseguimento |        |        |
|----------------------|---|----------------------|---|--|-------------------------|---------|---------|-------------------|---------|---------|---------------------------|--------|--------|
| ID                   | INDICATORE  | Categoria di Regione | - | Unità di misura per il valore di base e il target finale | Totale                  | Uomini  | Donne   | Totale            | Uomini  | Donne   | Totale                    | Uomini | Donne  |
| 4.01                 | Numero di contratti di specializzazione medica supportati dalle azioni REACT-EU   | -                    | - | n  | 8.400                   | 4.200   | 4.200   | 0                 | 0       | 0       | 0,00%                     | 0,00%  | 0,00%  |
| CO11                 | Titolari di un diploma di istruzione terziaria (ISCED da 5 a 8)   | -                    | - | n  | 156.724                 | 71.249  | 85.475  | 77.745            | 32.039  | 45.706  | 49,61%                    | 44,97% | 53,47% |
| CV30                 | Valore delle azioni del FSE per combattere o contrastare gli effetti della pandemia di Covid-19 (costo pubblico totale) | -                    | - | EUR  | 1.138.000.000           | -       | -       | 121.265.845       | 0       | 0       | 10,66%                    |        |        |
| CO10                 | Titolari di un diploma secondario superiore (ISCED 3) o di un diploma di istruzione post secondaria (ISCED 4)           | -                    | - | n  | 639.603                 | 287.821 | 351.782 | 263.724           | 106.896 | 156.828 | 41,23%                    | 37,14% | 44,58% |

Il quadro degli indicatori di output secondo l'ultima (RAA) Relazione di Attuazione Annuale del 2022, restituisce i valori riportati nel quadro in tabella. L'Azione IV.1 ha visto la sua attuazione a fine 2022 con il Decreto del 23/12/2022, dunque, il valore target per il 4.01 "Numero di contratti di specializzazione medica supportati dalla azioni REACT-EU", non poteva essere già popolato, in virtù della citata tempistica programmatica. Si stima che, in base ai dati di rendicontazione raccolti nella piattaforma dedicata ( CINECA) ed in base all'avanzamento rilevato, detti target siano raggiunti pienamente entro i termini, pervenendo al valore cumulativo totale di 8.400 contratti al 31/12/2023 per le due annualità finanziate.

## 10.2 Indicatori di risultato

| AZIONE 4.1  | ID    | INDICATORE   | Unità di misura per il valore di base e il target finale | Totale ( Valore obiettivo 2023) | Uomini | Donne  |
|---|-------|--|--|---------------------------------|--------|--------|
| SPESE STRAORDINARIE PER L'ACQUISIZIONE DI PERSONALE SANITARIO AI FINI DEL CONTRASTO ALLA CRISI DEI SERVIZI SANITARI IN CONSEGUENZA DELLA PANDEMIA DA COVID-19 | R.4.1 | partecipanti addizionali ammessi ad un percorso di specializzazione (REACT EU) sul totale dei laureati in medicina per l'anno di riferimento (%) | Rapporto   | 38,00%                          | 19,00% | 19,00% |

L'indicatore R4.1 monitora il numero di soggetti che attraverso il sostegno di REACT EU hanno avuto accesso ad un percorso di specializzazione medica sul totale degli studenti laureati in medicina nell'anno di riferimento. In particolare, assumendo che attraverso le risorse REACT EU si fornisca il sostegno a 4.200 soggetti per due anni consecutivi - e che mediamente ogni anno i laureati in medicina siano pari a 10.400 unità con un'ipotesi di crescita del 5% (10.920) - si stima che attraverso il sostegno di REACT sia sostenuto il 38% del totale dei laureati in medicina. Il

conseguimento di tale target, unitamente al numero di posti attualmente disponibili in Italia sostenuti attraverso altre fonti di finanziamento, consentirebbe di garantire un percorso di specializzazione a tutti i laureati in medicina (RAA 2022).

## 11. LA DESCRIZIONE DELL'INDAGINE DI CAMPO

Nell'ambito della valutazione dell'Azione IV.1 è stata condotta una indagine di campo mirata a raccogliere spunti di riflessione, **opinioni approfondite, nuove questioni e altri elementi conoscitivi di natura qualitativa** a supporto della fase di analisi desk, utili per rispondere alle domande valutative individuate del Disegno di valutazione del Programma.

Data la specificità delle modalità di attuazione di questa Azione, si è scelto di rivolgere l'attenzione della ricerca ad un *panel* di stakeholders e testimoni privilegiati mediante la conduzione di interviste semi-strutturate e in profondità per agevolare la discussione e la flessibilità nello scambio tra gli interlocutori. Per mantenere il focus sui temi d'interesse è stata elaborata ad hoc una traccia di questionario composto da un gruppo di domande aperte che hanno guidato e accompagnato l'intervista (vedasi Allegato 5. Traccia di questionario).

Il piano di indagine ha previsto prioritariamente l'individuazione dei testimoni privilegiati da intercettare, selezionati tra i soggetti maggiormente rappresentativi della categoria dei medici specializzandi e più autorevoli in Italia nel dialogo con le istituzioni competenti in materia di formazione specialistica medica (università, scuole di specializzazione, ministeri, etc.).

In particolare, sono stati individuati:

- **FederSpecializzandi - Associazione Nazionale dei Medici in Formazione Specialistica** che nasce nel luglio 2003 come Confederazione nazionale delle Associazioni locali di Medici Specializzandi allo scopo di trovare nuove forme di collaborazione tra le diverse sedi per incrementare l'informazione e l'agire comune, in difesa dei diritti dei Medici Specializzandi per un'adeguata formazione e per il riconoscimento dei diritti lavorativi, fino ad allora negati, mediante l'ottenimento del contratto.
- **ANAO - Associazione Medici Dirigenti (ASSOMED)** che rappresenta il sindacato italiano medicina pubblica istituito nell'ambito del Congresso Nazionale del 1990 e che ha finalità e svolge attività stabilite nello statuto approvato dal Congresso Nazionale a novembre 2022.
- **ANAO Giovani - Associazione Medici Dirigenti** che nell'ambito dell'associazione sindacale rappresentano un c.d. Settore comprendente iscritti di età non superiore ai quaranta (40) anni che si trovano nelle condizioni di avere un: i) rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato/determinato o di lavoro atipico; ii) rapporto di formazione-lavoro oppure di essere: i) convenzionati, ii) dottorandi, iii) assegnisti, iv) contrattisti o v) medici in formazione specialistica.
- **SIGM - Segretariato Italiano Giovani Medici** che è nato da oltre un decennio e rappresenta una realtà associazionistica no-profit che si prefigge di dare voce alle istanze dei Giovani Medici Chirurghi Italiani fornendo supporto costante siano essi in formazione o da poco entrati nel mondo del lavoro. Svolge anche ruolo di interlocutore competente e puntuale nei confronti delle istituzioni che sovrintendono la formazione medica e la programmazione e gestione del Servizio Sanitario Nazionale.
- **ALS Fattore 2A - Associazione Liberi Specializzandi** che dal 2017 supporta tutti i giovani medici in un percorso di crescita professionale, che intendano diventare specialisti o medici di famiglia, con l'obiettivo di informare e proporre iniziative a favore di questa categoria e nell'interesse dei giovani medici.

Da un punto di vista meramente operativo, l'avvio e l'impostazione dell'indagine sono stati condivisi anche con i referenti della valutazione del Programma e hanno previsto le seguenti fasi:

- Invio di una mail introduttiva da parte dell'Autorità di Gestione del PON Ricerca e Innovazione 2014-2020.
- Attivazione del primo contatto telematico e/o telefonico in cui il Gruppo di Lavoro ha illustrato le ragioni e gli obiettivi dell'indagine nonché il motivo per il quale il testimone privilegiato è stato selezionato.
- Raccolta della disponibilità del testimone ad essere intervistato e calendarizzazione dell'intervista.
- In prossimità dell'appuntamento, invio di una mail di conferma e dei parametri per il video collegamento.

Tra il mese di giugno e il mese di settembre 2023 sono state portate a termine tutte le interviste programmate, totalmente realizzate in modalità da remoto e con una durata media di circa 90 minuti. Al termine di ognuna, è stata puntualmente prevista una fase di *follow up* con eventuale richiesta di scambio di dati, documenti citati nel corso della discussione e ringraziamenti per aver preso parte all'indagine.

Complessivamente hanno partecipato all'indagine sette giovani medici che ricoprono un ruolo di pregio all'interno dell'associazione di categoria di appartenenza, ognuno in una sede locale differente, tra quelle distribuite su tutto il territorio nazionale, sia al centro-nord che al sud. Tutti si sono resi disponibili a dare il proprio contributo alla raccolta di informazioni utili alla ricerca valutativa, raccontando la propria esperienza di specializzandi ovvero di neo-specialisti.

Inoltre, due dei sette intervistati rappresentano la categoria dei medici in formazione specialistica anche nell'ambito dell'**Osservatorio Nazionale e degli Osservatori regionali per la Formazione Medica Specialistica (ONFMS)** che è un organismo tecnico interministeriale, istituito presso il MUR ai sensi del Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n.368 all'Art. 43, al fine di:

- determinare gli standard per l'accreditamento delle strutture universitarie e ospedaliere per le singole specialità;
- determinare e verificare i requisiti di idoneità della rete formativa e delle singole strutture che la compongono;
- effettuare il monitoraggio dei risultati della formazione;
- definire i criteri e le modalità per assicurare la qualità della formazione, in conformità alle indicazioni dell'Unione Europea<sup>47</sup>.

L'Osservatorio è composto da tre rappresentanti del MUR e tre del Ministero della Salute; tre presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, designati dalla Conferenza permanente dei rettori; tre rappresentanti delle regioni designati dalla Conferenza permanente dei presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano; tre rappresentanti dei medici in formazione specialistica, eletti fra gli studenti iscritti alle scuole di specializzazione con

---

<sup>47</sup> Il Decreto Ministeriale n. 402 del 2017 ha stabilito standard, requisiti e indicatori dell'attività formativa e assistenziale.

modalità definite dal MUR (uno per ciascuna delle tre aree funzionali cui afferiscono le scuole di specializzazione) nominati, su designazione delle associazioni nazionali di categoria maggiormente rappresentative, dal Ministro della salute, d'intesa con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica.

Al fine di garantire una rappresentanza degli specializzandi dei profili professionali sanitari diversi da quello di medico, in aggiunta alla rappresentanza eletta dei medici in formazione specialistica, la Legge di bilancio per il 2020 (L.B. n.160/2019, commi 470-472) ha disposto l'istituzione - presso il MUR - e il finanziamento, con una spesa annua di 3 milioni di euro a partire dal 2020, di una Tecnostruttura per supportare le attività dell'Osservatorio nazionale e degli Osservatori regionali per la formazione medica specialistica di cui agli articoli 43 e 44 del D.lgs. 368/1999, nonché all'estensione delle competenze dello stesso Osservatorio nazionale - con conseguente cambio della sua denominazione in **Osservatorio Nazionale per la Formazione Sanitaria Specialistica (ONFSS)** - con riferimento alle scuole di specializzazione destinate alla formazione degli ulteriori profili professionali sanitari.

In tema di monitoraggio dei risultati della formazione, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità della formazione specialistica erogata, l'Osservatorio ha definito quale modalità operativa la somministrazione di un questionario anonimo rivolto agli specializzandi per rilevare la soddisfazione di tutti i medici in formazione specialistica rispetto al percorso formativo delle Scuole anche ai fini dell'accreditamento per l'anno accademico successivo; la compilazione di tale questionario è obbligatoria dal secondo anno di corso in poi, anche per accedere all'iscrizione dell'anno successivo, e viene resa possibile attraverso il sito del CINECA al quale gli specializzandi accedono previa registrazione<sup>48</sup>.

## 12. GLI ESITI DELL'INDAGINE DI CAMPO

Come è stato già ampiamente illustrato nel presente rapporto, l'Azione IV.1 "Spese straordinarie per l'acquisizione di personale sanitario ai fini del contrasto alla crisi dei servizi sanitari in conseguenza della pandemia da Covid-19" ha inteso finanziare con una dotazione di 210 milioni a valere sulle risorse REACT-EU assegnate al PON Ricerca 2014-2020, le spese sostenute negli anni accademici 2020/2021 e 2021/2022 dalle Università per 4.200 contratti di formazione specialistica in area medica (su 5.921 contratti "non intaccati" presenti nella banca dati CINECA), individuati tra quelli coperti da fonti statali e riferiti alle Scuole di specializzazione triennali e quadriennali, per i quali il medico specializzando selezionato abbia effettivamente concluso in modo positivo l'anno di corso-formazione svolto.

### **Effetti sulla platea dei medici specializzandi**

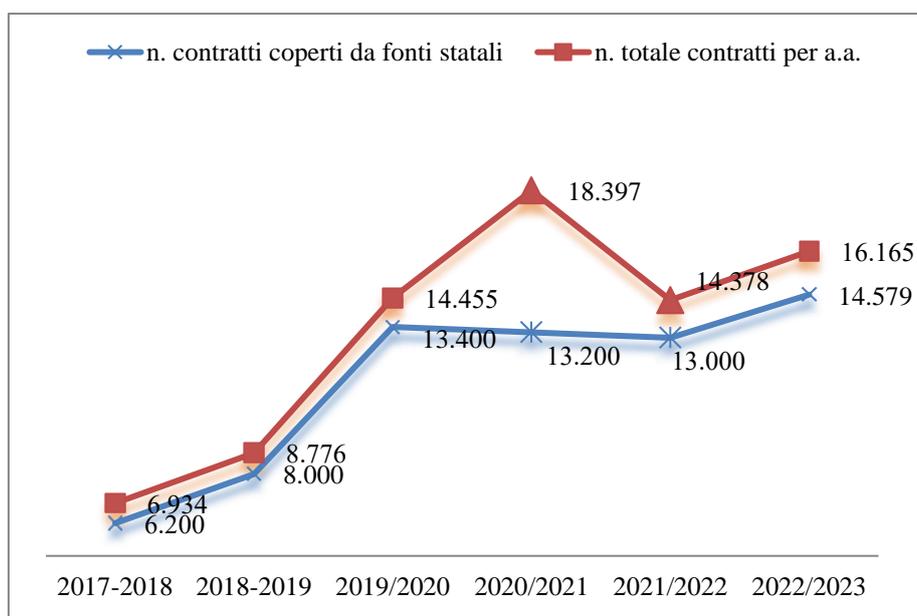
Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un considerevole incremento delle borse di specializzazione messe a concorso, considerate nel loro complesso sia coperte da fonti statali che da fonti regionali/altri enti, circa 3 volte in più nell'anno accademico 2020/2021 rispetto a quelle messe a bando nell'anno accademico 2017/2018, in ragione del potenziamento dovuto

<sup>48</sup> A seguito dell'attività di rappresentanza di ANAAO Giovani, ALS e GMI in Osservatorio Nazionale, di recente sono stati pubblicati gli esiti dei questionari anonimi di valutazione, somministrati nel 2023, suddivisi per singola scuola. Al momento dell'indagine non erano ancora stati resi noti.

all'emergenza sanitaria da Covid-19 e della copertura del PNRR per n. 4.200 borse; mentre la diminuzione registrata per l'anno accademico 2021/2022 ha tenuto conto della previsione della fine dell'emergenza sanitaria.

I giovani medici intervistati hanno tutti convenuto sull'opportunità che si è concretizzata negli ultimi anni in cui le risorse complessive rese disponibili per il finanziamento dei contratti di specializzazione medica sono state progressivamente aumentate, grazie anche all'incremento delle borse dovuto all'emergenza epidemiologica del 2020. Dal loro punto di vista è stato raggiunto un grande risultato a fronte di una battaglia sostenuta fino a qualche anno fa da diverse associazioni di medici e studenti, incluse le associazioni di categoria che, nell'ambito di questa indagine, essi testimoniano.

Fig. 23 - Posti disponibili per contratti di specializzazione medica, a.a 2017-2018 / 2022-2023



Fonte: elaborazioni del valutatore su dati DM rinvenibili alla pagina <https://www.mur.gov.it/it/atti-e-normativa>

Di fatto tale andamento ha rappresentato un'inversione di rotta rispetto al passato, caratterizzato da tagli della spesa sanitaria, blocco del turnover, etc., in quanto ha permesso di intervenire a favore della riduzione del surplus cumulato di laureati abilitati che non avevano accesso alla formazione post-lauream a causa della carenza di borse di specializzazione medica e, dunque, di superare il limbo in cui si trovavano diverse migliaia di giovani medici<sup>49</sup> tra la fine del percorso universitario e l'inizio del lavoro nelle scuole di specializzazione, necessario per l'ingresso nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

<sup>49</sup> I cosiddetti "camici grigi", medici che non riescono ad entrare in un canale formativo post-laurea, sia di specializzazione che di formazione in medicina generale, spesso costretti a sopravvivere con impieghi precari o ad emigrare all'estero.

La Legge di bilancio per il 2021 (L. n. 178/2020, art. 1, co. 421 e 422) ha autorizzato un incremento del numero dei contratti di formazione dei medici specializzandi con uno stanziamento di spesa aggiuntivo rispetto alla legislazione precedente pari a 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025, a valere corrispondentemente sul finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per gli anni dal 2021 al 2025. Concorrono alla copertura dell'autorizzazione di spesa le risorse del dispositivo per la ripresa e la resilienza Next Generation EU per un ammontare pari a 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021 e 2022.

A fronte dell'incremento di risorse sono stati stimati nuovi 4.200 contratti di formazione specialistica medica aggiuntivi per l'anno 2021, considerato che l'importo del singolo contratto è pari a 25.000 euro lordi nei primi 2 anni di corso e 26.000 euro lordi nei successivi anni di corso.

La Legge di bilancio per il 2022 (L. n. 234/2021, co. 260), ad integrazione del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, ha previsto l'ulteriore spesa per l'incremento dei contratti di formazione specialistica in 194 milioni di euro per il 2022, 319 milioni per il 2023, 347 milioni per il 2024, 425 milioni per il 2025, 517 milioni per il 2026 e 543 milioni a decorrere dal 2027.

Di seguito un riepilogo dell'incremento delle risorse e del n. di posti disponibili dal 2022 nelle scuole di specializzazione (*valori in milioni di euro*)

| <b>Finanziamento contratti formazione specialistica medica</b> | <b>2022</b>  | <b>2023</b>  | <b>2024</b>  | <b>2025</b>  | <b>2026</b>  | <b>2027</b>  |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Finanziamento vigente fino al 31.12.2020                       | 1.076        | 1.094        | 1.097        | 988          | 879          | 853          |
| Integrazione LB 2021 (co. 260)                                 | 194          | 319          | 347          | 425          | 517          | 543          |
| <b>Finanziamento totale (1)</b>                                | <b>1.270</b> | <b>1.413</b> | <b>1.444</b> | <b>1.413</b> | <b>1.396</b> | <b>1.396</b> |
| Risorse assorbite dai medici già in formazione (2)             | 969,2        | 1.112,0      | 1.144,1      | 1.112,8      | 1.095,6      | 1.095,6      |
| <b>Finanziamento disponibile (3)=(1-2)</b>                     | <b>300,8</b> | <b>301,0</b> | <b>299,9</b> | <b>300,2</b> | <b>300,4</b> | <b>300,4</b> |
| N. approssimato dei nuovi medici ammissibili (4)=(3)/25.000€   | 12.000       | 12.000       | 12.000       | 12.000       | 12.000       | 12.000       |
|  | (12.032)     | (12.040)     | (11.996)     | (12.008)     | (12.016)     | (12.016)     |

Fonte: <http://www.camera.it/temiap/2022/09/22/OCD177-5773.docx>

È opinione condivisa, infatti, che il numero dei posti disponibili e finanziabili programmato nelle due annualità più recenti – con particolare riferimento agli anni accademici in cui è intervenuto anche il sostegno dell’Azione IV.1 - sia stato sufficiente a svuotare il cosiddetto <imbuto formativo> creatosi negli anni precedenti, quando i posti disponibili per la specializzazione medica sanitaria non erano quantitativamente adeguati rispetto al numero degli aspiranti.

Anche uno studio recente pubblicato da ANAEO-ASSOMED<sup>50</sup> conferma che il problema del gap formativo post-lauream e della conseguente carenza di specialisti sembra essere stato risolto, almeno per i prossimi anni, e che attualmente vi è una sostanziale corrispondenza tra il numero dei neolaureati nel decennio 2021-2030 (circa 136mila) e i posti programmati per l’accesso ad un corso di formazione post-lauream (circa 146mila). Pertanto, il numero di neo-specialisti crescerà in modo apprezzabile a partire dal 2025 e per il prossimo futuro non ci sarebbe alcun bisogno di aumentare ancora i posti nelle scuole di specializzazione.

<sup>50</sup> Studio ANAEO ASSOMED – 30 marzo 2023, pubblicato alla pagina <https://www.anaeo.it/content.php?cont=37295>

Secondo lo studio pubblicato a marzo 2023 da ANAEO-ASSOMED, in Italia non vi è una carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia, ma piuttosto di specialisti. Il tasso di medici attivi in Italia è in linea con la media UE, mentre preoccupa invece “l’età media dei medici” la più alta tra tutti i Paesi OCSE (Oecd; Health Statistic, 2021): il 56% circa ha oltre 55 anni, pertanto sulla base dei dati del Conto Annuale dello Stato, Onaosi, Enpam, si prevede un picco di pensionamenti al 2026/2027 e un successivo calo progressivo per cui dopo il 2027, si intravede un ulteriore incremento dell’eccedenza dei medici previsti.

L’analisi condotta da ANAEO ASSOMED, stima che tra il 2021 e il 2030 vi sarà un *gap di 32 mila* posti tra le uscite per quiescenza (113.000) dei medici che risultavano attivi al 2020 e posti di iscrizione al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia (145.000, pari alla media degli accessi programmati per il triennio 2021/2022/2023 proiettata a 10 anni, dei quali solo il 94% completerà con successo il percorso, pari a 136.000). Il differenziale stimato rappresenterebbe un numero di medici superiore rispetto al fabbisogno attuale di circa 20/25 mila medici, tra specialisti e medici di medicina generale (MMG). Pertanto, un aumento del numero delle iscrizioni a Medicina e Chirurgia, in assenza di un intervento costoso sui corsi di formazione post-lauream, rischia di creare, tra qualche anno, una sproporzione tra i neolaureati e la possibilità di accedere alla formazione specialistica. La prospettiva sarebbe quindi, un nuovo “imbuto formativo” e successivamente, persistendo le attuali limitazioni alle assunzioni del personale sanitario, un “imbuto lavorativo”.

Fonte: [https://www.anaeo.it/public/aaa\\_2765527\\_studiocompleto\\_pensionamenti\\_2021-2030.pdf](https://www.anaeo.it/public/aaa_2765527_studiocompleto_pensionamenti_2021-2030.pdf)

Tuttavia, a fronte di questo trend positivo, riferisce in particolare qualcuno dei testimoni intervistati, laddove nel medio-lungo periodo si decidesse di intervenire a contrasto della carenza di personale medico con un aumento del numero di accessi alla facoltà di Medicina e Chirurgia, si potrebbe incorrere nella minaccia di riempire un nuovo imbuto formativo e potrebbe essere necessario dover agire parallelamente anche sull’adeguamento dei contratti di formazione specialistica.

In sostanza, gli specializzandi intervistati ritengono che i posti per la formazione post lauream dei medici dovrebbero essere determinati dalle reali necessità assistenziali e tenendo in debito conto anche dei pensionamenti, assicurando quindi maggiore armonizzazione tra posti nei corsi di laurea e posti nel corso di specializzazione. Ma non solo.

### **Aree di specializzazione medica**

Entrando nel merito di alcuni aspetti più tecnici, gli intervistati concordano che, per individuare quali aree e branche necessitano di più specialisti e, quindi, in quali discipline mediche programmare contratti e borse, la valutazione quantitativa debba essere necessariamente accompagnata da una valutazione qualitativa basata sul fabbisogno di salute della popolazione e sulle richieste di prestazioni mediche che hanno impatto sul servizio sanitario. L’approccio è stato applicato in parte già in fase di emergenza epidemiologica e diverse aree di specializzazione sono state ampliate, specie quelle di particolare impatto nella crisi sanitaria da COVID-19; sono stati infatti aumentati i contratti per alcune scuole di specializzazione quali ad es., anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore; malattie dell'apparato cardiovascolare; malattie dell'apparato respiratorio; malattie infettive e tropicali; medicina di emergenza e urgenza; medicina interna; microbiologia e virologia, etc. Tuttavia, è opinione condivisa che l’aver stanziato più contratti in determinate specialità non ha ancora risolto completamente il problema della carenza nell’ambito di quelle medesime specialità.

Dall’indagine emerge che, se da un lato oggi i giovani medici abilitati hanno più opportunità rispetto al passato di accedere ad una specializzazione post-lauream, di poter scegliere tra più

discipline senza particolari vincoli – limitatamente all’ambito dei contratti statali - e ambire maggiormente alla specialità preferita e alla loro prima scelta, dall’altro accade, invece, che numerosi posti disponibili nelle Scuole di specializzazione rimangono vacanti e un numero considerevole di borse non viene assegnato, nel senso che in sede concorsuale *il contratto non viene assegnato a nessun medico perché nessuno l’ha scelto*.

Alla mancata assegnazione si affianca anche un altro fenomeno evidenziato dagli interlocutori che minaccia ulteriormente la sostenibilità del SSN, una sorta di “spregiudicatezza” nel passare da una branca all’altra, anche prendendo la prima borsa di formazione che capita, che genera un numero crescente di borse abbandonate dopo qualche mese. Ci sono dunque *contratti che in sede concorsuale vengono assegnati, ma il medico assegnatario non completa il percorso e abbandona*, e le ragioni sono disparate: magari intende ritentare il concorso l’anno successivo per accedere alla sua specialità preferita, oppure perché si rende conto di non avere una vocazione sufficiente per quella specialità a cui è iscritto, o, in qualche caso, per passare al concorso per MMG avendo durata più breve per accedere ad un contratto di lavoro oppure, a volte per andare all’estero o semplicemente per trovare impiego nel settore privato.

[Nel caso dei contratti di specializzazione sostenuti dal PON RI 2014-2020, quanto appena descritto non ha rappresentato un problema o un ostacolo alla piena attuazione dell’Azione IV.1 REACT-EU, proprio in funzione della natura di *refunding* dell’intervento su spese effettivamente sostenute in due annualità a fronte dell’erogazione di borse per contratti necessariamente assegnati e per i quali lo specializzando ha positivamente concluso l’anno di formazione.].

Andando ad approfondire ulteriormente, vengono messe in luce diverse dinamiche che animano questo scenario legato alla cosiddetta “fuga degli specializzandi”, un tema ritenuto particolarmente caldo in ambito sanitario tant’è che molte testate giornalistiche nazionali e di settore<sup>51</sup>, ad ogni concorso annuale, pubblicano diversi articoli al riguardo; anche la stessa ALS fattore2a – Associazione libera specializzandi compila, per ogni anno accademico, un censimento dei posti lasciati liberi distinguendo tra le tipologie “non assegnati” e “abbandonati”, articolati per ogni scuola / università, e ne restituisce un *ranking* delle varie Scuole di specializzazione<sup>52</sup>, di tutte le università italiane, utile ad orientare le scelte dei futuri specializzandi, specie in tempi di mancanza della pubblicazione degli esiti del questionario valutativo somministrato dall’ONFSS.

---

<sup>51</sup> Si fa riferimento ad articoli di cronaca pubblicati su Repubblica.it, nella sezione Sanità24 de ilsole24ore, su Quotidianosanità.it e così via. Notizie al riguardo sono rinvenibili anche nei comunicati stampa divulgati on line dalle stesse Associazioni di categoria dei medici specializzandi.

<sup>52</sup> Attualmente alla pagina <https://als-fattore2a.org/uncategorized/ranking-2022-e-posti-abbandonati-e-non-assegnati/> del sito dell’Associazione, è rinvenibile il Ranking 2022.

Il principale allarme dato dai partecipanti all'indagine è che, in prospettiva ci saranno specializzazioni *sovraccaricate*, specie quelle che hanno maggiore appeal, che richiedono meno sacrifici in termini di responsabilità e impegno, anche più remunerative o con maggiori opportunità nell'ambito della sanità privata; prime tra tutte spiccano le specialità di cardiologia, di dermatologia, di chirurgia plastica che aprono sbocchi di carriera anche sul territorio e nel privato, con aspettativa di maggior guadagno e di una migliore qualità di vita. Oltre a queste, come ad esempio riferito durante le interviste, in alcune aree territoriali del Mezzogiorno sembrano prendere piede quelle specialità, tipo medicina legale, che sostanzialmente non richiedono un rapporto diretto con i pazienti e liberano il medico dalle responsabilità e dall'esposizione a denunce che ne conseguono.



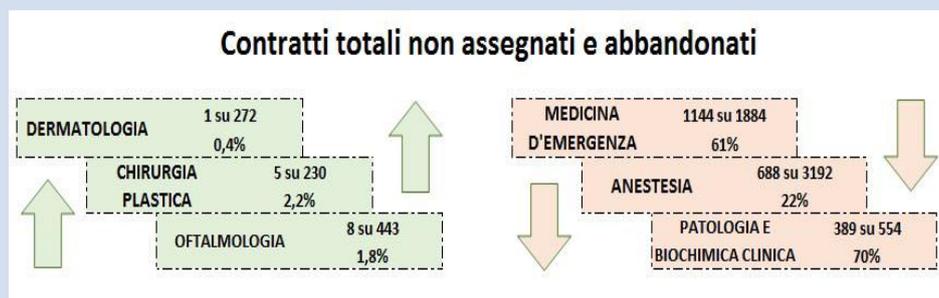
Il rovescio della medaglia è il rischio di *desertificazione* di altre branche specialistiche, in particolare quelle che sono prettamente "ospedaliere e pubbliche", poco allettanti, come ad esempio la medicina di comunità e delle cure primarie, la radioterapia, la chirurgia generale, la patologia clinica ovvero quelle specialità che sono state protagoniste nella lotta pandemica e legate al pronto soccorso, prima tra tutte la medicina d'emergenza e urgenza che presenta quote di contratti non assegnati e abbandonati rilevanti, quasi come a vanificare l'impegno rafforzato messo in campo in questi ultimi anni di programmazioni aggiuntive per affrontare e gestire l'emergenza sanitaria, prima, e per contenere e recuperare il post-crisi pandemica, poi.

In base ad un censimento di ANAIO Giovani/ALS, su poco più di 30.400 contratti finanziati negli ultimi due concorsi nazionali di specializzazione (2021 e 2022), il 13% risulta non assegnato e il 5% risulta abbandonato durante il percorso.

Le discipline che più risentono di tale emorragia sono la medicina d'emergenza-urgenza (1.144 contratti non assegnati o abbandonati, il 60,7% dei contratti stanziati), la microbiologia e virologia (191 contratti, il 78%), la patologia clinica e biochimica clinica (389 contratti, il 70,2%), l'anatomia patologica (181 contratti, il 50,1%) e la medicina di comunità e delle cure primarie (109 contratti, il 57,6%).

Al contrario, le discipline che hanno notevoli sbocchi lavorativi nel settore privato non presentano alcuna perdita rispetto ai contratti finanziati come ad esempio la dermatologia (2 contratti non assegnati o abbandonati, lo 0,1% dei contratti stanziati), l'oftalmologia (8 contratti, l'1,8%), la cardiologia (18 contratti, lo 0,1%).

Un caso a parte riguarda la pediatria, che risente del dualismo tra medicina ospedaliera e medicina territoriale, con insufficienza degli organici in entrambi i settori.



Fonte: tratto da Studio ANAIO ASSOMED – 30 marzo 2023, pubblicato alla pagina <https://www.anaio.it/content.php?cont=37295>

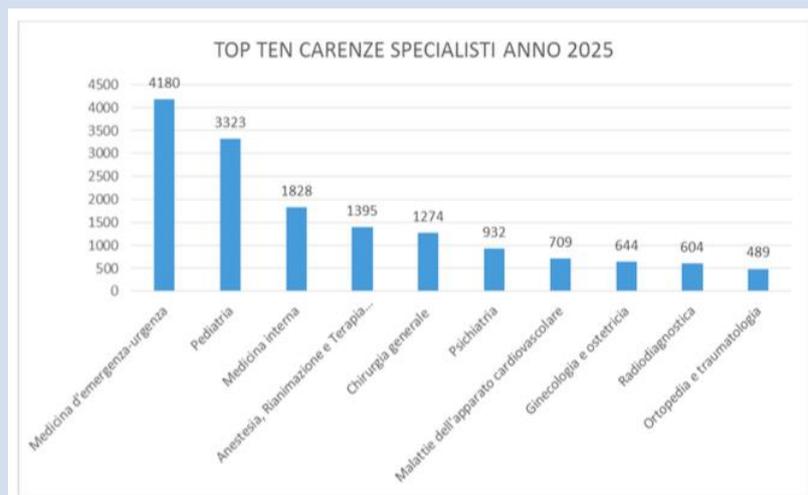
Da elaborazioni fatte da ANAIO Giovani e ALS, il dato relativo alla quota di borse occupate su quelle stanziare sta decisamente peggiorando: nel 2021 erano il 90%, nel 2022 l'85% e i risultati del concorso 2023 indicano che la quota sta continuando a diminuire, solo il 72% è stato occupato.

*“Calano ancora gli aspiranti dottori dell'emergenza. I neolaureati si concentrano sui settori che permettono di lavorare privatamente. E guadagnare meglio. La popolazione invecchia ma pochi scelgono geriatria”.*

Fonte sezione Cronaca del quotidiano la Repubblica del 10 ottobre 2023 [https://www.repubblica.it/cronaca/2023/10/10/news/medicina\\_specializzazioni\\_borse\\_di\\_studio\\_scelte\\_ne\\_olaureati\\_pronto\\_soccorso-417437168/](https://www.repubblica.it/cronaca/2023/10/10/news/medicina_specializzazioni_borse_di_studio_scelte_ne_olaureati_pronto_soccorso-417437168/)

Anche il rischio di scarso utilizzo di risorse pubbliche che deriva da questa “fuga” di specializzandi è un tema di rilievo che è emerso dalle interviste e sul quale pure le associazioni di categoria del settore si battono nell'ambito delle interlocuzioni tecniche ai tavoli istituzionali in materia a cui partecipano. Sono fondi a bilancio dello Stato che rimangono bloccati, a rischio di spreco e, secondo quanto suggeriscono i testimoni intercettati, potrebbero essere invece redistribuiti sui contratti già esistenti, auspicabilmente sotto forma di supporto/incentivo ai lavoratori-specializzandi in quelle branche che stentano ad avere iscritti; oppure, potrebbero essere impiegati per investire sull'innovazione e sull'attrattività di quelle branche che non vengono scelte o che subiscono abbandoni in quanto ritenute più usuranti rispetto ad altre - quali ad esempio quelle che costringono gli specializzandi al primo anno a ritmi di lavoro stressanti come chirurgia generale, ginecologia, etc. – oppure, intervenendo a favore di quelle Scuole di specializzazione che presentano una carenza qualitativa dal punto di vista della formazione o, infine, potenziando l'offerta di servizi di formazione universitaria e di attività scientifiche collaterali (workshop, congressi scientifici, pubblicazioni, etc.).

Nell'ambito del lavoro "LA PROGRAMMAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE MEDICO, PROIEZIONI PER IL PERIODO 2018-2025: CURVE DI PENSIONAMENTO E FABBISOGNI SPECIALISTICI" pubblicato nel 2019, ANAEO-ASSOMED si era già posto il problema di stimare l'impatto dell'esodo di medici ospedalieri, legato non solo al pensionamento ma anche alle uscite precoci verso il privato, sulle diverse branche specialistiche, fornendo una proiezione a circa 6 anni in avanti e stilando una classifica delle dieci specialità mediche più carenti a livello nazionale al 2025. Dalla figura sottostante si rende visibile come nella *top ten* delle specialità carenti, la medicina d'emergenza e urgenza la faceva già da padrona, allo stesso tempo erano già visibili i fabbisogni per altre branche che sono state essenziali nella gestione della pandemia.



Il dato era stato ottenuto incrociando la stima di nuovi specialisti 2018-2025 entrati nelle scuole di specializzazione negli anni 2014-2021 ad invarianza di programmazione futura rispetto ai posti disponibili nell'anno accademico 2017-2018, con le uscite previste nello stesso periodo. Riguardo al numero di pediatri mancanti sono stati inclusi anche i pediatri di libera scelta (Fonte dei dati sugli specialisti e sui PLS: CAT 2016).

Fonte: [https://www.anaeo.it/public/aaa\\_4025365\\_fabbisogni\\_2018-2025\\_versione\\_05\\_01\\_2019.pdf](https://www.anaeo.it/public/aaa_4025365_fabbisogni_2018-2025_versione_05_01_2019.pdf)

Più in generale, negli ultimi anni si sta verificando un allarmante impoverimento dell'organico nei reparti ospedalieri di emergenza - complice anche stress e pressione subiti nel periodo di crisi sanitaria pandemica più acuta - a causa di condizioni di lavoro ritenute non più sostenibili, con turni di lavoro massacranti a copertura della carenza di personale, scarsa retribuzione rispetto ai colleghi europei e limitata possibilità nell'avanzamento di carriera. Lo specializzando, dal canto suo, è chiamato a svolgere la sua formazione dove la carenza di specialisti è cronica ed è obbligato a compensare queste insufficienze come tappabuchi, anche a scapito delle ore da dedicare alla formazione, peraltro lavorando fianco a fianco a colleghi - cosiddetti "gettonisti"<sup>53</sup> - assunti mediante cooperative che, in base anche alle testimonianze riportate dagli intervistati, percepiscono al giorno "quasi quanto" lo stipendio mensile riconosciuto dal contratto di

<sup>53</sup> Sono medici che lavorano come liberi professionisti e che percepiscono cifre più alte (circa 700euro al giorno) rispetto ad altri colleghi dipendenti del SSN. È una questione molto dibattuta e di attualità, oggetto di attenzione delle istituzioni governative (vedi cd Decreto Bollette, DL 30 marzo 2023, n. 34 coordinato con la legge di conversione 26 maggio 2023, n. 56, recante «Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali.», ma la vera alternativa al medico gettonista non è ancora stata definita pienamente.

specializzazione. Infine, motivazione non del tutto trascurabile, quella della medicina d'urgenza per sua natura è anche una delle branche più rischiose, non solo per le situazioni tragiche che affronta quotidianamente, ma anche per le aggressioni al personale che registrano i numeri più alti proprio nei reparti di Pronto Soccorso.

Un contesto simile, come riferiscono anche gli intervistati, è giocoforza poco appetibile e contribuisce all'allontanamento delle giovani generazioni dalle professioni del settore; ciò rischia di essere ulteriormente accelerato anche dalle nuove tendenze lavorative dell'era post-Covid nella quale, in particolare chi ha completato il percorso di studi da poco e si appresta ad entrare nel mondo del lavoro, al momento della scelta del percorso professionale dà sempre più priorità alle condizioni lavorative, al *work-life balance* e al benessere psicologico e fisico. Gioca un ruolo decisivo in tal senso anche il riconoscimento di pochi diritti e tutele

Ad influenzare gli indirizzi professionali dei più giovani è indubbiamente anche il fattore economico; infatti, la prospettiva economica del neolaureato di percepire per 4/5 anni una borsa che non tiene conto dell'inflazione, a meno di patrimoni familiari solidi a sostegno – come testimoniano i partecipanti all'indagine – potrebbe creare serie difficoltà a sostenere le spese ordinarie della vita quotidiana (ad es., un affitto in caso di trasferimento in altra città/regione per frequentare la scuola assegnata e/o per ruotare nella rete formativa) nonché costringere a rinunciare o rimandare aspirazioni personali e progetti di vita familiare (ad es., l'accensione di un mutuo ipotecario in banca per l'acquisto di una casa<sup>54</sup>). Pertanto, succede che, conseguito il titolo universitario in materie mediche, i giovani neolaureati preferiscono entrare subito nel mondo del lavoro, magari all'estero o nel comparto privato, guadagnando molto più dei loro colleghi specializzandi che, peraltro, sono anche assoggettati alle incompatibilità lavorative previste dal contratto di specializzazione.

Il D.lgs. n. 368 del 17 agosto 1999 afferma che *“per la durata della formazione a tempo pieno al medico è inibito l'esercizio di attività libero-professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione ed ogni rapporto convenzionale o precario con il servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche e private.”*

In sostanza, **non si possono svolgere attività lavorative di alcun tipo** (anche non mediche) al di fuori della specializzazione. Le uniche eccezioni consentite, per via delle modifiche introdotte dalla L. n. 448 del 28 dicembre 2001 e dal DL n. 81 del 29 marzo 2004 convertito in Legge il 19 maggio 2004, sono attività svolte esclusivamente al di fuori dell'orario dedicato alla formazione specialistica, fermo restando che in nessun caso tale attività esterna può rivelarsi pregiudizievole rispetto agli obblighi che discendono in capo allo specializzando, e sono le seguenti:

- esercizio della libera professione intramuraria, previa definizione di accordi di convenzione;
- guardia medica;
- sostituzione di medico di base;
- guardia turistica;
- sostituzioni nell'ambito della Medicina Penitenziaria.

Tali attività sono escluse dalla copertura assicurativa di cui gode lo specializzando in formazione.

Fonte: <https://www.unibs.it/it/ateneo/comunicazione/tutte-le-faq/e-possibile-svolgere-altri-tipi-di-attivita-lavorativa-durante-la-specializzazione;>

Riguardo al ricorso al cosiddetto Decreto Calabria (convertito in L. 145/2018, art. 1 co. da 547 a 548 ter ss.mm.ii) in fase emergenziale, gli intervistati non si sono dimostrati tutti pienamente

<sup>54</sup> La borsa non è un reddito, tant'è che il trattamento economico spettante al medico in formazione è esente dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.

favorevoli, in quanto ritengono che il meccanismo implementato faccia un po' acqua da tutte le parti. Lo "strutturale", così viene definito lo specializzando che ai sensi del DL Calabria viene assunto negli ospedali della rete formativa, di fatto è un medico in formazione che non ha le competenze di un collega specializzato, continua a fare le stesse cose di prima con un incremento di stipendio non proporzionato ai rischi molto alti a cui viene esposto, specie se paragonati al livello di formazione raggiunto; ciò a scapito anche dei pazienti e della struttura sanitaria stessa che ha in capo la responsabilità legale del medico. In sintesi, per un paio degli intervistati, l'opportunità introdotta non rappresenta pienamente l'antidoto alla fuga degli specializzandi, cioè non è una questione di soldi, insomma, mentre per la maggioranza sembra essere una grande conquista, lo specializzando ha la possibilità di scegliere liberamente se usufruirne o meno, per cui sembra essere l'unica strada percorribile ancorché migliorabile.

A partire dall'emergenza sanitaria da Covid-19 e a seguito della conversione in legge del cd **DL Calabria** (L. 145/2018, art. 1 co. da 547 a 548 ter ss.mm.ii.), i medici specializzandi, dal secondo anno di formazione in poi, sono ammessi alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario nella specifica disciplina bandita e collocati, all'esito positivo delle medesime procedure, in graduatoria separata. Coloro che sono utilmente collocati in tale graduatoria, possono essere assunti dalle aziende sanitarie, dagli enti del SSN nonché dalle strutture sanitarie private accreditate appartenenti alla rete formativa, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative, con automatica conversione del contratto a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialità. Il contratto non può avere durata superiore a quella residua del corso di formazione specialistica<sup>55</sup>.

Il DL 18/2020, artt. 2 bis e 2 ter, co. 5 ss.mm.ii. e la L. 234/2021, art. 1 co. 268 ss.mm.ii. prevedono che, fino al 31.12.2023, i medici specializzandi iscritti all'ultimo e al penultimo anno del corso di specializzazione possono essere assunti dalle aziende del SSN con contratto di lavoro autonomo, anche di collaborazione continuativa e coordinata (Co.Co.Co) ovvero con contratto a tempo determinato e a orario ridotto. Tali contratti possono avere una durata di sei mesi, prorogabile.

Ai sensi dell'art. 12, co 2, del DL del 30 marzo 2023, n. 34, fino al 31.12.2025, in via sperimentale, *in deroga alle incompatibilità previste dall'articolo 40 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 ed in deroga alle disposizioni di cui all'art. 7 del D.lgs. del 30 marzo 2001, n. 165, fermo restando quanto previsto dall'art. 11, co 1, del DL del 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla L. del 25 giugno 2019, n. 60, i medici in formazione specialistica regolarmente iscritti al relativo corso di studi 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. Inoltre, per tutti i medici specializzandi, a prescindere dal loro anno di corso, è compatibile l'attività nelle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).*

Fonte: <https://www.unibs.it/it/ateneo/comunicazione/tutte-le-faq/e-possibile-svolgere-altri-tipi-di-attivita-lavorativa-durante-la-specializzazione>;  
<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2018-12-30:145|vig=>

Con l'approvazione del cosiddetto "Emendamento ANAAO" (art. 14 co 1, DL n. 34 del 2023 noto come Decreto Bollette, convertito in Legge n.56/2023) sono state introdotte modifiche all'art. 1, co 548 -bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, che danno la possibilità agli specializzandi iscritti dal 25° mese di formazione di partecipare ai concorsi pubblici per titoli ed esami in maniera **strutturale**, quindi senza alcuna scadenza temporale e perdendo il suo status di misura emergenziale. Il tempo

<sup>55</sup> Il cosiddetto "Decreto Calabria" ha normato la possibilità per i medici specializzandi di essere assunti a tempo determinato in tutti gli ospedali facenti parte della rete formativa di qualsiasi scuola di specializzazione della propria disciplina; tali assunzioni, sono normate da uno specifico Accordo Quadro, siglato dai Ministeri dell'Università e Salute e la Conferenza Permanente delle Regioni, in cui vi sono illustrati le modalità di assunzione, le responsabilità del neoassunto e lo svolgimento dell'attività teorica e pratica.

di assunzione raddoppia da 18 a 36 mesi e soprattutto è stata introdotta l'assunzione d'ufficio degli specializzandi da parte dell'azienda sanitaria dopo 90 giorni dalla sua richiesta di assunzione all'università in cui lo specializzando risulta iscritto; tale assunzione, difatti, avviene anche in caso di diniego o mancata risposta dell'Università.

Fonte: DL CALABRIA: il nuovo vademecum ANAEO Giovani - ALS sulla formazione-lavoro, 07/07/2023 [https://www.anaeo.it/index\\_in.php?cont=12](https://www.anaeo.it/index_in.php?cont=12)

### **Potenziamento dei percorsi formativi**

Come fin qui esposto, l'indagine ha reso possibile evidenziare luci ed ombre dell'ambito nazionale della formazione specialistica in area sanitaria sebbene, nella fattispecie, non sono direttamente collegabili al finanziamento offerto dall'Azione IV.1 REACT-EU a valere sul PON Ricerca e Innovazione 2014-2020. I medici intervistati, infatti, non sono stati in grado di risalire al contingente dei 4.200 contratti statali sostenuti dal Programma, né di fare un distinguo tra le fonti di finanziamento delle borse di specializzazione, tantomeno di coglierne differenze ed effetti diretti o indiretti.

**La conduzione delle interviste** ha comunque permesso di raccogliere diversi elementi interessanti in materia di formazione post-lauream dei medici, grazie anche alla disponibilità dimostrata dagli interlocutori selezionati a raccontare la loro diretta esperienza maturata in veste sia di specializzandi, sia di rappresentanti dei giovani medici in formazione e del ruolo che ricoprono all'interno delle associazioni di categoria.

Dal punto di vista delle risultanze positive, ancorché non riferibili a un effetto diretto conseguito dal sostegno del PON, tutti e sette gli intervistati sostengono che i posti aggiuntivi finanziati a partire dal 2020 in poi sono stati determinanti per innescare meccanismi che mirano a:

- ✓ garantire un percorso di specializzazione ad un maggior numero di medici abilitati (abbattimento dell'imbutto formativo e ampliamento della platea degli specializzandi);
- ✓ sostenere la formazione specialistica di neolaureati abilitati che nell'arco di 4/5 anni contribuiranno al potenziamento della dotazione di personale competente;
- ✓ concorrere al riequilibrio della carenza di specialisti nel SSN;
- ✓ migliorare, nel medio-lungo termine, la capacità del Sistema di erogare i servizi sanitari necessari a garantire il raggiungimento dei LEA.

Al contempo sono stati evidenziati diversi punti di debolezza, e gli interlocutori convergono sul ritenere che le principali minacce per un'intera generazione di giovani medici che vorrebbero intraprendere la formazione post-lauream ovvero di specialisti del domani, sono così riassumibili:

- x il sovrannumero di borse rispetto agli iscritti alle specializzazioni a causa dei numeri crescenti di contratti non scelti o abbandonati;
- x lo scarso appeal per talune branche (ad es., specializzazioni a carattere di urgenza ed emergenza) con conseguente rischio di carenza di specialisti nei prossimi anni;
- x l'alto tasso di stress nelle specialità a carattere di urgenza per eventuali responsabilità in ambito legale connesse ai rischi del lavoro in situazioni di emergenza;
- x uno squilibrio tra le ore di lavoro e le ore dedicate alla formazione teorica a causa del grosso impegno richiesto nei reparti universitari;

- x un'alta discrezionalità della scuola per autorizzare la formazione extra rete (in Italia o all'estero)<sup>56</sup>;
- x l'inattualità dell'inquadramento del medico in formazione specie rispetto ai colleghi europei;
- x l'incertezza di regole su diritti e tutele (ferie, malattia, congedi di matrimonio, assegni di maternità e di paternità, etc.) che rende lo specializzando più simile ad uno studente che ad un professionista;
- x presenza di disposizioni di incompatibilità con altre tipologie di rapporti di lavoro, pena la risoluzione anticipata del contratto, che richiede un impegno esclusivo dei medici in formazione in assenza di una indennità di esclusività.

Nel corso delle interviste è stato, infine, chiesto agli intercettati di suggerire possibili soluzioni da implementare che, a loro giudizio, possano contribuire a migliorare la programmazione nell'ambito della specializzazione medica e a potenziare i percorsi formativi nonché favorire la costruzione di condizioni di ripresa e resilienza del SSN. I giovani medici sostengono tutti la necessità di aprire una fase di riforma strutturale, che passi principalmente per:

- ✓ una programmazione annuale del numero di borse e contratti in base a fabbisogni più rispondenti al contesto di riferimento (ad es., bisogni di salute, offerta sanitaria, complessità delle prestazioni, innovazione tecnologica e sostenibilità), che tenga in conto degli esiti dei concorsi degli anni accademici precedenti (ad es., quali branche con % assegnati, % abbandonati etc. rispetto alle carenze stimate) e del numero dei neolaureati in quell'anno, senza trascurare che il numero di accessi a Medicina e Chirurgia debba essere calibrato anche in base alle proiezioni sulle uscite dei medici attivi dal SSN, sia per dimissioni volontarie - a causa del *great resignation* che si sta manifestando pure nel settore sanitario - sia per quiescenza;
- ✓ un maggiore investimento sull'offerta formativa attraverso: i) l'adeguamento di tutte le reti formative a determinati standard di qualità, uniformando anche l'attrattività delle scuole; ii) la revisione dei limiti temporali e delle regole di accesso alla formazione extra rete (più flessibilità e meno burocrazia e discrezionalità); iii) l'attivazione della Tecnostruttura prevista dalla Legge di Bilancio per il 2020 a supporto dell'Osservatorio nazionale (ONFSS) nelle attività di accreditamento delle scuole di specializzazione;
- ✓ una maggiore trasparenza sugli esiti dei questionari di valutazione compilati dagli specializzandi iscritti, suddivisi per singola specialità, fondamentale per dare uno strumento oggettivo ai neolaureati aspiranti nella scelta a loro più consona ed evitare di avere ogni anno un numero preoccupante di contratti assegnati e poi abbandonati;
- ✓ una maggiore dignità retributiva a tutti i medici specializzandi ma soprattutto un sistema di premialità o di incentivi a coloro che scelgono di intraprendere la formazione in quelle branche con meno appeal, come la medicina d'urgenza, sia in termini economici che in termini di flessibilità oraria;
- ✓ un adeguamento dell'inquadramento del medico in formazione fermo a oltre venti anni fa (D.lgs. n. 368 del 17 agosto 1999), in linea con i colleghi in Germania e in Spagna, in termini di diritti e tutele che equiparino i medici in formazione a veri e propri professionisti. Inoltre, come propongono le maggiori associazioni di categoria ANAOG Giovani, ALS e GMI

<sup>56</sup> La rete formativa rappresenta l'insieme delle strutture sanitarie (universitarie, ospedaliere e territoriali) che afferiscono ad una singola Scuola e che sono accreditate secondo standard assistenziali e formativi. La rotazione degli specializzandi nell'ambito della rete formativa di una Scuola è obbligatoria, mentre, in caso di formazione extra rete formativa, per un periodo di max 18 mesi complessivi, lo specializzando deve presentare un Progetto formativo e superare un iter autorizzativo, generalmente regolamentato dagli organi accademici in materia, secondo il quale il Consiglio della Scuola autorizza il periodo di formazione fuori rete e il Direttore della Scuola approva.

(Giovani medici italiani), i giovani medici si dovrebbero formare nei cosiddetti Learning Hospital (Ospedali d'insegnamento non universitari) e non solo nei pochi reparti universitari in cui il rapporto tra giovani medici e posti letto è 10:1. Infine, poter conseguire la certificazione delle competenze come avviene per i dirigenti medici e non attraverso un esame di passaggio annuale;

- ✓ una totale abolizione delle incompatibilità lavorative per gli specializzandi che chiedono, in assenza di una indennità di esclusività, di avere maggiore flessibilità nella gestione del proprio tempo;
- ✓ infine, un maggiore coinvolgimento del sistema universitario attraverso l'organizzazione di percorsi di orientamento per gli studenti che in futuro diventeranno medici e specialisti del SSN.

<Occorre integrare e dare ruolo agli specializzandi, vera forza propulsiva di un sistema vecchio e stanco. Accoglierli negli ospedali con un vero contratto, con diritti e doveri precisi e chiari, al fine di permettere loro una formazione adeguata e prospettive professionali reali, è l'unica strada, la strada maestra.>

Fonte: Specializzandi in fuga: sono quasi 6mila secondo l'ANAOO. La scelta guarda agli sbocchi nel privato, Pronto soccorso addio e pesa lo stress Covid. Di Silverio:

«Non è un problema di medici ma di specialisti» [https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-02-23/specializzandi-fuga-sono-quasi-6mila-secondo-anaao-scelta-guarda-sbocchi-privato-pronto-soccorso-addio-e-pesa-stress-covid-silverio-non-e-problema-medici-ma-specialisti-112606.php?refresh\\_ce=1&uuid=AE6Z3IsC](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-02-23/specializzandi-fuga-sono-quasi-6mila-secondo-anaao-scelta-guarda-sbocchi-privato-pronto-soccorso-addio-e-pesa-stress-covid-silverio-non-e-problema-medici-ma-specialisti-112606.php?refresh_ce=1&uuid=AE6Z3IsC)

## **Comunicazione e pubblicità**

La traccia di intervista utilizzata nel corso dei colloqui prevedeva anche un gruppo di domande di natura più trasversale, volte alla ricognizione del grado di conoscenza del PON Ricerca e Innovazione e delle opportunità di finanziamento offerte nell'ambito dei contratti di specializzazione.

Più nello specifico, con riferimento alla fonte di finanziamento della borsa, i medici intercettati hanno dimostrato di avere contezza della copertura dei contratti solo nei limiti di quanto stabilito dal bando di concorso nazionale a cui partecipano, e di quanto disponibile a sistema all'interno della piattaforma university.it a cui i candidati e gli studenti accedono (in area riservata) per indicare la loro scelta/preferenza della borsa. Nel bando vengono individuati i posti disponibili - per ciascuna Scuola di specializzazione attivata - distinguendo i contratti finanziati da risorse statali da quelli finanziati con risorse regionali e di altri enti pubblici e/o privati, nonché i posti riservati alle categorie di cui all'art. 35 del D.lgs. n. 368/1999. Pertanto, nessuno tra gli intercettati titolari di contratto di specializzazione coperto da fondi statali (solo uno degli intervistati beneficia di una borsa regionale) è stato in grado di riferire una correlazione con il finanziamento offerto dal dispositivo REACT EU.

In base all'esperienza riportata dai singoli intervistati, sembra che negli Atenei da loro frequentati e localizzati sia al Centro-Nord che al Sud e isole, non siano state attivate azioni di comunicazione e disseminazione dei risultati in merito alla IV.1 (o di REACT EU), tutti hanno dichiarato di non esserne al corrente. Più in generale, affermano altresì di non essere molto informati riguardo agli strumenti di comunicazione attivati nell'ambito del Programma e solamente chi tra loro ha svolto o svolge ruoli più di rappresentanza all'interno dei dipartimenti universitari, ha padronanza del

ruolo del MUR e “sentito parlare” delle tematiche legate al PON Ricerca, ma senza aver maturato la consapevolezza di un collegamento con i contratti di specializzazione medica. Inoltre, hanno ammesso di aver visitato il sito web del PON Ricerca, e di essersi incuriositi al riguardo e poi navigato in cerca di informazioni più dettagliate, poiché stimolati dai contenuti della richiesta di intervista e, quindi, arrivare più preparati in materia.

Da loro punto di vista, nelle Università il livello di percezione di questi strumenti è medio basso, ovvero che la conoscenza del PON Ricerca e, nella fattispecie, dell’iniziativa REACT EU è limitata a quella quota marginale di docenti, di personale tecnico amministrativo o di ricercatori che si occupa di reperire fondi pubblici e/o saltuariamente di partecipare a bandi che offrono finanziamenti su progetti di ricerca a cui sono interessati.

Come già anticipato in altre parti, gli intervistati non hanno dimostrato di essere molto consapevoli dello strumento messo a disposizione dal MUR mediante le risorse REACT-EU a valere sull’Azione IV.1 né, più in generale, di essere pienamente a conoscenza delle opportunità messe a disposizione dalla UE **per il superamento degli effetti della crisi pandemica e delle sue conseguenze sociali ed economiche.**

## CONCLUSIONI

Gli 8.400 contratti afferenti all’Azione IV.1 **rappresentano una “fetta” rilevante, pari a circa un terzo del totale**, dei contratti di specializzazione medica statali finanziati nei due anni accademici 2020/21 – 2021/22, con una dotazione finanziaria pari a 105 Milioni di euro per ciascuna annualità.

Essi coprono **33 tipologie di specializzazioni mediche** (tra cui quelle più rilevanti in termini quantitativi sono: Radiodiagnostica ( 456 contratti) , Malattie dell’Apparato Cardio Vascolare (401 contratti) , Igiene e Medicina Preventiva ( 340 contratti), Psichiatria (339 contratti).

**I beneficiari finali sono 41 Atenei, 4.200 destinatari di contratti di specializzazione medica triennali e quadriennali in tutta Italia, per ciascuna annualità 2020/2021 – 2021/2022.**

In sintesi, dai dati di monitoraggio MUR, lo stato di avanzamento procedurale e finanziario dell’intervento risulta in linea con i tempi fissati in sede di programmazione; in particolare, la rendicontazione della spesa della prima annualità (a.a. 2020/2021) risulta conclusa positivamente, mentre relativamente alla seconda (a.a. 2021/2022) che è ancora in corso di finalizzazione, si stima di chiudere il processo entro i termini – 31/12/2023 - e le modalità previste con buon esito.

L’avanzamento procedurale è risultato regolare. Le criticità sono legate alle eventuali rinunce da parte di pochi destinatari (ad esempio: medico specializzando che decide di trasferirsi all’estero, oppure sospensioni in caso di maternità). Questi casi (assai poco significativi dal punto di vista quantitativo rispetto al totale di 8.400 contratti) sono stati gestiti e risolti positivamente, ovvero la scuola di specializzazione ha effettuato una sostituzione del contratto in essere con un altro destinatario elegibile al fine di non perdere il percorso formativo finanziato. Le attività in corso

sono dunque idonee rispetto al conseguimento dei target prefissati da programma e coerenti con gli obiettivi della Riprogrammazione REACT EU a valere sul PON Ricerca e Innovazione.

Punto di forza per l'implementazione dell'Azione è certamente stato determinato dall'avvalersi per la II annualità 2021/2022 del medesimo Codice Unico di Progetto (CUP) già richiesto al MEF e utilizzato per la I annualità. In tal modo, si è facilitato il processo di rendicontazione e di caricamento di alcuni documenti propedeutici, in quanto già caricati in piattaforma Cineca in precedenza, e agevolato dall'uso, ove possibile, dello stesso CUP.

Dall'indagine di campo condotta attraverso interviste in profondità a testimoni privilegiati è emerso che l'Azione IV.1 ha contribuito **ad incrementare i posti messi a bando ed a risolvere positivamente l'imbuto formativo**. In passato numerosi medici erano imprigionati in un limbo post lauream in attesa di trovare un futuro in specializzazione.

In termini programmatici l'Azione è intervenuta positivamente favorendo meccanismi che mirano a:

- ✓ garantire un percorso di specializzazione ad un maggior numero di medici abilitati (abbattimento dell'imbuto formativo e ampliamento della platea degli specializzandi);
- ✓ sostenere la formazione specialistica di neolaureati abilitati che nell'arco di 4/5 anni contribuiranno al potenziamento della dotazione di personale competente;
- ✓ concorrere al riequilibrio della carenza di specialisti nel SSN;
- ✓ migliorare, nel medio-lungo termine, la capacità del Sistema di erogare i servizi sanitari necessari a garantire il raggiungimento dei LEA.

Si evidenziano alcuni **punti di debolezza** su cui sarebbe raccomandabile intervenire:

- x sovrannumero di borse rispetto agli iscritti alle specializzazioni a causa dei numeri crescenti di contratti non scelti o abbandonati;
- x scarso appeal per talune branche (ad es., specializzazioni a carattere di urgenza ed emergenza) con conseguente rischio di carenza di specialisti nei prossimi anni;
- x alto tasso di stress nelle specialità a carattere di urgenza per eventuali responsabilità in ambito legale connesse ai rischi del lavoro in situazioni di emergenza;
- x squilibrio tra le ore di lavoro e le ore dedicate alla formazione teorica a causa del grosso impegno richiesto nei reparti universitari;
- x alta discrezionalità della scuola per autorizzare la formazione extra rete (in Italia o all'estero);
- x inattualità dell'inquadramento del medico in formazione specie rispetto ai colleghi europei;
- x incertezza di regole su diritti e tutele (ferie, malattia, congedi di matrimonio, assegni di maternità e di paternità, etc.) che rende lo specializzando più simile ad uno studente che ad un professionista;
- x presenza di disposizioni di incompatibilità con altre tipologie di rapporti di lavoro, pena la risoluzione anticipata del contratto, che richiede un impegno esclusivo dei medici in formazione in assenza di una indennità di esclusività.

In un'ottica di costruzione delle condizioni di ripresa e di rafforzamento della resilienza del Sistema Sanitario Nazionale, **sarebbe auspicabile** investire in una riforma strutturale dell'assistenza sanitaria in generale, e della formazione specialistica in particolare, che non può prescindere da una riforma anche culturale e scientifica, da cui la necessità impellente di aggiornare il percorso della formazione post-lauream dei futuri specialisti che, nella fattispecie, risulta sempre meno attrattivo e inadeguato al nuovo paradigma di riferimento. Sarebbe altresì

urgente consolidare ed aggiornare il ruolo del medico specializzando garantendogli maggiore dignità professionale prevedendo, ad esempio, l'adeguamento dell'inquadramento del medico in formazione agli standard europei, oppure implementando un sistema di premialità o incentivi a coloro che scelgono di specializzarsi in quelle branche con meno appeal e più soggette alla fuga di medici, come la medicina d'urgenza, sia in termini economici che in termini di flessibilità oraria.

## BIBLIOGRAFIA

|  |
|--|
| Commissione Europea - Decisione di esecuzione che modifica il programma operativo "Ricerca e innovazione" 2014-2020 – Bruxelles - 2021                 |
| Conferenza Stato-Regioni - Patto per la salute 2019-2021 – Roma - 2019   |
| Consiglio Europeo - Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe (REACT-EU) Next Generation EU (NGEU) – Bruxelles - 2020             |
| Corte dei conti - Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica – Roma - 2021  |
| Decisione C 5969 del 6 agosto - Gazzetta ufficiale dell'Unione europea- Bruxelles - 2021   |
| Decisione di esecuzione C 8271 del 23 novembre - Gazzetta ufficiale dell'Unione europea – Bruxelles – 2021   |
| Decisione di esecuzione della Commissione C 843 del 12 febbraio - Gazzetta ufficiale dell'Unione europea – Bruxelles - 2021                            |
| DEF Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Roma - 2021   |
| Dipartimento per le Politiche di Coesione della Presidenza del Consiglio dei ministri - PON Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020 – Roma -2015 |
| Dipartimento per le politiche di coesione italiano - Relazione sullo stato di attuazione della politica di coesione europea e nazionale – Roma - 2023  |
| European Commission - Coronavirus Response Investment Initiative Plus: New actions to mobilize essential investments and resources – Bruxelles -2020   |
| European Commission - Next Generation EU: A New Dawn for Europe – Bruxelles - 2021   |
| Fondazione GIMBE - 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale – Bologna - 2023   |
| Intesa SANPAOLO RBM Salute - IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermedia - Torino - 2022  |
| Ministero della Salute - Piano della performance 2022–2024 – Roma - 2021   |
| Nebo Ricerche PA (elaborato) - Rapporto Sanità 2019 “Il personale dipendente delle aziende sanitarie pubbliche” – Roma - 2019                          |
| OECD European Commission - State of Health in the EU – Bruxelles - 2019  |
| OCSE - Health at a glance - OECD indicator – Parigi - 2019   |
| Programmazione delle Risorse React-Eu - Quadro Generale, Linee di Intervento E Risorse Dipartimento per le Politiche di Coesione – Roma - 2019         |

## SITOGRAFIA

|   |
|---|
| <a href="https://als-fattore2a.org/uncategorized/ranking-2022-e-posti-abbandonati-e-non-assegnati/">https://als-fattore2a.org/uncategorized/ranking-2022-e-posti-abbandonati-e-non-assegnati/</a>   |
| <a href="https://ec.europa.eu/regional_policy/funding/coronavirus-response_en">https://ec.europa.eu/regional_policy/funding/coronavirus-response_en</a>   |
| <a href="https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/health-systems-coordination_it">https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/health-systems-coordination_it</a>   |
| <a href="https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_chp_it_italy_0.pdf">https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_chp_it_italy_0.pdf</a>   |
| <a href="https://opencoesione.gov.it/it/iniziative_crii/">https://opencoesione.gov.it/it/iniziative_crii/</a>   |
| <a href="https://politichecoesione.governo.it/media/2561/2021_04_07_react_eu_italia-per-ce.pdf">https://politichecoesione.governo.it/media/2561/2021_04_07_react_eu_italia-per-ce.pdf</a><br>DM n. 998 del 28-07-2021 All. 1 DM Distribuzione Contratti formazione medica specialistica a.a 2020 2021.pdf   |
| <a href="https://ricerca.uniba.it/retrieve/dd9e0c62-78f9-1e9c-e053-3a05fe0a45ef/ricerca%20agenas%20ca%20foscari%20pubblicazione.pdf">https://ricerca.uniba.it/retrieve/dd9e0c62-78f9-1e9c-e053-3a05fe0a45ef/ricerca%20agenas%20ca%20foscari%20pubblicazione.pdf</a>   |
| <a href="https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/monitoraggio-della-spesa-sanitaria">https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/monitoraggio-e-valutazione/monitoraggio-della-spesa-sanitaria</a>   |
| <a href="https://www.anaao.it/content.php?cont=37295">https://www.anaao.it/content.php?cont=37295</a>   |
| <a href="https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39">https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39</a>   |
| <a href="https://www.corteconti.it/Download?id=9e8923ba-4ef4-480e-90f0-ef307c3fa756">https://www.corteconti.it/Download?id=9e8923ba-4ef4-480e-90f0-ef307c3fa756</a>   |
| <a href="https://www.fiscoetasse.com/files/11166/legge-del-30122020-178.pdf">https://www.fiscoetasse.com/files/11166/legge-del-30122020-178.pdf</a>   |
| <a href="https://www.fiscoetasse.com/files/13530/legge-bilancio-2022-gazzetta-ufficiale-31-12-21.pdf">https://www.fiscoetasse.com/files/13530/legge-bilancio-2022-gazzetta-ufficiale-31-12-21.pdf</a>   |
| <a href="https://www.infodata.ilsole24ore.com/2019/05/15/sanita-7-anni-perso-un-professionista-1000-persone/">https://www.infodata.ilsole24ore.com/2019/05/15/sanita-7-anni-perso-un-professionista-1000-persone/</a>   |
| <a href="https://www.istat.it/it/files/2022/04/2.pdf">https://www.istat.it/it/files/2022/04/2.pdf</a>   |
| <a href="https://www.miur.gov.it/web/guest/-/d-p-c-m-15-01-2020-di-definizione-del-coste-dei-contratti-di-specializzazione-medica-per-il-triennio-da-a-a-2016-17-ad-a-a-2018-19">https://www.miur.gov.it/web/guest/-/d-p-c-m-15-01-2020-di-definizione-del-coste-dei-contratti-di-specializzazione-medica-per-il-triennio-da-a-a-2016-17-ad-a-a-2018-19</a> |
| <a href="https://www.mur.gov.it/it/atti-e-normativa/decreto-direttoriale-n-1229-del-27-07-2022">https://www.mur.gov.it/it/atti-e-normativa/decreto-direttoriale-n-1229-del-27-07-2022</a>   |
| <a href="https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2019;35">https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2019;35</a>   |
| <a href="https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2020-12-30;178">https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2020-12-30;178</a>   |

|   |
|---|
| <a href="http://www.ponricerca.gov.it/">http://www.ponricerca.gov.it/</a>   |
| <a href="http://www.ponricerca.gov.it/media/397038/pon-azione-iv1_webinar-ssm.pdf">http://www.ponricerca.gov.it/media/397038/pon-azione-iv1_webinar-ssm.pdf</a>   |
| <a href="http://www.ponricerca.gov.it/media/397041/pon-react-azione-iv1-linee-guida.pdf">http://www.ponricerca.gov.it/media/397041/pon-react-azione-iv1-linee-guida.pdf</a>   |
| <a href="http://www.ponricerca.gov.it/notizie/2022/spese-sanitarie-un-webinar-del-pon-ricerca-innovazione-2014-2020-illustra-l-azione-iv1/">http://www.ponricerca.gov.it/notizie/2022/spese-sanitarie-un-webinar-del-pon-ricerca-innovazione-2014-2020-illustra-l-azione-iv1/</a>   |
| <a href="http://www.ponricerca.gov.it/notizie/2023/borse-di-studio-e-spese-mediche-webinar-del-pon-ricerca-e-innovazione-a-supporto-dei-beneficiari-delle-azioni-iv3-e-iv1/">http://www.ponricerca.gov.it/notizie/2023/borse-di-studio-e-spese-mediche-webinar-del-pon-ricerca-e-innovazione-a-supporto-dei-beneficiari-delle-azioni-iv3-e-iv1/</a>                 |
| <a href="https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5833_0_file.pdf">https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5833_0_file.pdf</a>   |
| <a href="https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/archivioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&amp;anno=&amp;tp=&amp;st=&amp;cmp=&amp;inv=5884&amp;btnCerca=cerca">https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/archivioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&amp;anno=&amp;tp=&amp;st=&amp;cmp=&amp;inv=5884&amp;btnCerca=cerca</a> |
| <a href="https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&amp;id=5884&amp;area=PNRR-Salute&amp;menu=investimenti">https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&amp;id=5884&amp;area=PNRR-Salute&amp;menu=investimenti</a>                                   |
| <a href="https://www.programmazione sanitaria.it/progsan/2019/SSNRU-Rapporto.pdf">https://www.programmazione sanitaria.it/progsan/2019/SSNRU-Rapporto.pdf</a>   |
| <a href="https://www.salute.gov.it/portale/ministero/documenti/Piano_performance_2022_2024.pdf">https://www.salute.gov.it/portale/ministero/documenti/Piano_performance_2022_2024.pdf</a>   |
| <a href="https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01368117.pdf">https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01368117.pdf</a>   |
| <a href="https://www.upbilancio.it/pubblicato-il-focus-n-6-lo-stato-della-sanita-in-italia/">https://www.upbilancio.it/pubblicato-il-focus-n-6-lo-stato-della-sanita-in-italia/</a>   |