



---

Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Chirurgia Vascolare

---

# Regolamento Concorsi Direttore di Struttura Complessa Chirurgia Vascolare

Data di redazione	Revisione	Redazione	Verifica	Approvazione
04-03-23	00	Silvio Lo Bosco Maria Grazia Di Carlo	Andrea Gaggiano Flavio Peinetti Paolo Frigatti	<b>Il Consiglio direttivo</b> Andrea Gaggiano Paolo Frigatti Massimo Lenti Pierluigi Cappiello Raimondo Micheli Gabriele Pagliariccio Flavio Peinetti Sonia Ronchey Antonino Scolaro Gennaro Vigliotti

# Indice

---

<b>1. Introduzione</b>	<b>(p.3)</b>
1.1 Premessa	
1.2 Scopo	
1.3 Campo di applicazione e vigenza	
<b>2. Fondamenti normativi</b>	<b>(p.4)</b>
2.1 Figura e responsabilità del “Direttore di U.O. Complessa”	
2.2 Denominazione del “Responsabile di Struttura Complessa”	
2.3 L'accesso alla posizione apicale ed il D.P.R. N. 484/97	
<b>3. La “Specifica Attività Professionale”</b>	<b>(p.7)</b>
3.1 Fondamenti normativi	
3.2 Criteri di articolazione della casistica	
<b>4. Requisiti previsti per la Chirurgia Vascolare</b>	<b>(p.10)</b>
4.1 Standard Ospedalieri Nazionali e Regionali e Dotazioni	
4.2 Peculiarità della specialità di Chirurgia Vascolare ( <i>Riconoscimento della specialità, Equipollenze</i> )	
4.3 S.C. di Chirurgia Vascolare/Endovascolare: requisiti minimi	
<b>5. Svolgimento delle procedure Concorsuali</b>	<b>(p.22)</b>
<b>6. Profilo Professionale del candidato</b>	<b>(p.29)</b>
<b>7. Posizioni di “Conflitto di Interessi” e comportamenti etici</b>	<b>(p.30)</b>
7.1 Il “Conflitto di Interessi” Amministrativo in generale	
7.2 Il “Conflitto di Interessi” nelle procedure concorsuali ( <i>Riferimenti giurisprudenziali, Conseguenze del mancato rispetto del dovere di astensione</i> )	
7.3 Motivazioni etiche e precauzionali	
<b>8. Conclusioni</b>	<b>(p.34)</b>
<b>9. Bibliografia</b>	<b>(p.35)</b>

# 1. Introduzione

---

## 1.1 Premessa

La decisione di dotare il *Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Chirurgia Vascolare* di un “*Regolamento per la gestione dei Concorsi di Direttore di Struttura Complessa*” deriva da una esigenza avvertita – anche in funzione delle modifiche normative intervenute nel tempo e delle esperienze maturate - già dal precedente *Presidente Massimo Lenti* e sviluppata dall’attuale *Presidente Andrea Gaggiano* e dal *Consiglio Direttivo* odierno, che ha ritenuto opportuno coinvolgere le *Masterclass* presenti nel Collegio, anche per la valutazione dei correlati *aspetti legali ed etici*.

---

## 2.1 Scopo

Lo scopo fondamentale del *Regolamento* è quello di definire un percorso condiviso e codificato, che rechi le *Linee-Guida* da seguire in tutti i concorsi, tenendo conto anche delle peculiarità da contestualizzare nella *Azienda Sanitaria* sede del concorso e nella specifica *struttura Ospedaliera*, in cui debbono svolgersi le attività sanitarie cliniche e chirurgiche, a tutela e garanzia dei *Primari-Commissari*, dei candidati aspiranti a ricoprire il ruolo di *Direttore di Struttura Complessa*, di tutto il personale sanitario e dei pazienti, al fine di mantenere livelli di assistenza efficaci ed efficienti e di sicurezza nelle cure, rispetto ai bisogni assistenziali ed organizzativi generali della *Chirurgia Vascolare* e specifici della struttura di riferimento, non solo nell’attività in elezione, ma anche in situazioni di urgenza-emergenza, che possono coinvolgere il bacino di riferimento.

---

## 3.1 Campo di applicazione e vigenza

Il presente “*Regolamento per la gestione dei Concorsi di Direttore di Struttura Complessa*”, diventa **ri-ferimento cogente per tutti i Soci del Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Chirurgia Vascolare** e si applica per tutti i concorsi in ambito nazionale nelle *Aziende Sanitarie*, per le specifiche *Strutture Complesse Ospedaliere di Chirurgia Vascolare* sedi di concorso, anche se ricomprese nella rete formativa delle *Scuole di Specializzazione in Chirurgia Vascolare*, definite su base territoriale, in funzione di *Convenzioni* o specifici *Protocolli di Intesa*, anche in sede regionale. L’odierno *Regolamento*, approvato dal *Consiglio Direttivo*, **verrà pubblicato sul sito web** del Collegio, sarà vigente dalla data di approvazione da parte del Consiglio Direttivo, verrà custodito in *forma cartacea* presso la *Presidenza* e sarà suscettibile di aggiornamenti.

## 2.

# Fondamenti normativi

### 2.1 Figura e responsabilità del “Direttore di U.O. Complessa”

La figura del “**Direttore di Struttura Complessa**” (Primario, secondo la più classica denominazione) è stata delineata già dal D.P.R. n. 128/1969 (1), recante “*Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*” (G.U.R.I. n.104 del 23/4/1969 – S. O.), che all’art. 7 recita: “... il **primario** vigila sull’attività e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico, sanitario ausiliario ed esecutivo assegnato alla sua divisione o servizio, ha la responsabilità dei malati, definisce i criteri diagnostici o terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, pratica direttamente sui pazienti gli interventi diagnostici e curativi che ritenga di non affidare ai suoi collaboratori ...”.

Lo **stato giuridico** dei dipendenti ospedalieri è stato definito anche dal **D.P.R. n. 130/1969** (2) e quello “delle unità sanitarie locali” dal **D.P.R. n. 761/1979** (3), che all’art. 63 conferisce al **Primario** il compito di *distribuire il lavoro all’interno del reparto*, assegnando i pazienti a ciascun medico secondo *criteri oggettivi di competenza*, svolgendo “*funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cure*”, attraverso un intervento concreto, consistente nell’*emanazione di idonee istruzioni e direttive* e nella “*verifica inerente all’attuazione di esse*”. Peraltro, prevede anche, per le assunzioni a tempo indeterminato, un periodo di prova di 6 mesi, con necessità di **tutoraggio**.

Anche la **Suprema Corte** ha sancito che “Il primario ospedaliero ha un obbligo di vigilanza, diretta ed indiretta, esteso a tutte le fasi in cui si articola la prestazione sanitaria, ivi compresa quella postoperatoria. Egli è altresì tenuto alla diligenza prevista dal 2° comma dell’art. 1176 cod. civ., che gli impone il rispetto delle regole e delle prescrizioni che costituiscono la conoscenza della professione medica (Cass. Civ., Sez. III n. 34921, del 11/03/2002).

Ne derivano, in capo al Direttore di Struttura Complessa, la “**Culpa in eligendo**” (ex art. 2049 cod. civ.) e la “**Culpa in vigilando**” (ex art. 2048 cod. civ.), in funzione della sua piena responsabilità della organizzazione e dell’attività della struttura, per tutto il personale dell’U.O. e segnatamente per quanto riguarda l’attività del **personale neo-assunto o riassegnato** al reparto (ex D.P.R. n. 761/1979) e anche dei Medici Specialisti in Formazione (Specializzandi), condivisa con il Direttore della Scuola di Specializzazione, il Consiglio della Scuola ed il “**Tutor**” (qualora non coincida con quella del Primario stesso), atteso che il tutor è quella figura, universitaria o ospedaliera del Servizio Sanitario Nazionale, che il Consiglio della Scuola identifica quale supervisore del percorso formativo del Medico in Formazione Specialistica, per la progressiva assunzione dei compiti assistenziali, oltre che per le attività di ricerca.

Il **D. L.vo n. 368 del 17 agosto 1999** (4), disciplina compiti e responsabilità del medico in formazione specialistica, e all’art. 38, comma 1, sancisce che “*ogni attività formativa e assistenziale dei medici in formazione specialistica si svolge sotto la guida di tutori designati annualmente dal Consiglio di Scuola sulla base di requisiti di elevata qualificazione scientifica, di adeguato curriculum professionale, di documentata capacità didattico-formativa. Il numero di medici in formazione specialistica per tutore non essere superiore a 3 e varia secondo le caratteristiche delle diverse specializzazioni.*”

Inoltre, all’art. 38, comma 3, aggiunge che “*La formazione del medico specialista implica la **partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell’unità operativa presso la quale è assegnato dal Consiglio della scuola, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l’esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, di intesa con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie presso cui si svolge la formazione. In nessun caso l’attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo.***”

## 2. Fondamenti normativi

Infine, in ambito di responsabilità professionale sanitaria esiste una **“posizione di garanzia”** nei confronti del paziente, sancita dalle disposizioni legislative vigenti (artt. 1218 cc., 1173 cc., 1176 cc. e 2043 cc.) e da consolidata giurisprudenza (ex plurimis: Cassaz. Pen., Sez. IV, n. 5 del 2 gennaio 2018, Cass. Pen., Sez. IV, Sent. n. 14007 del 02.04.2015, Cass. Pen., Sez. VI, Sent. n.9638 del 13 ottobre 2000, Cass. Civ. n° 598 del 22/01/99), che obbliga ad una gestione oculata, soprattutto in condizioni di urgenza-emergenza e/o gravità e ad informare preventivamente il paziente delle dotazioni e delle carenze della struttura.

---

### 2.2 Denominazione del “Responsabile di Struttura Complessa”

Per la **denominazione corretta** del responsabile di struttura complessa e per evitare confusioni con i responsabili di strutture semplici (sia articolazioni della struttura complessa di afferenza, sia Semplici Dipartimentali), il D. L.vo n. 254/2000 (5) (su G.U.R.I. del 12/09/2000), **ha stabilito la denominazione di “Direttore”** per il responsabile di struttura complessa, introducendo l’Art. 15-terdecies (Denominazioni), che al c. 1, precisa: **“I dirigenti del ruolo sanitario assumono**, ferme le disposizioni di cui all’articolo 15 e seguenti del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, nonché le disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro, **le seguenti denominazioni**, in relazione alla categoria professionale di appartenenza, all’attività svolta e alla struttura di appartenenza:

- a) responsabile di struttura complessa: **Direttore**;
- b) dirigente responsabile di struttura semplice: **Responsabile**.

---

### 2.3 Denominazione del “Responsabile di Struttura Complessa”

L’accesso alle posizioni apicali del SSN è stato delineato fondamentalmente dal **D.P.R. n. 484 del 10 dicembre 1997** (6), “Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l’accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l’accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale”, che ha seguito il riordino della Dirigenza Medica, attraverso il **D. L.vo n. 502/1992** (7), poi modificato ed integrato dal **D. L.vo n. 229/1999** (8) e da una serie di successive disposizioni legislative.

Il **DPR n. 484/1997**, ha previsto precisi **titoli di accesso**, statuendo all’**Art. 5 -Requisiti**:

L’accesso al secondo livello dirigenziale, per quanto riguarda le categorie dei medici, veterinari, farmacisti, odontoiatri, biologi, chimici, fisici e psicologi, è riservato a coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- a) **iscrizione all’albo professionale**, ove esistente;
- b) **anzianità di servizio** di sette anni, di cui cinque nella disciplina o disciplina equipollente, e specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente ovvero anzianità di servizio di dieci anni nella disciplina;
- c) **curriculum in cui sia documentata una specifica attività professionale** ed adeguata esperienza
- d) **attestato di formazione manageriale**.

## 2. Fondamenti normativi

Il **D. L.vo n. 502/1992**, ha previsto, all'**art. 15 c. 8**, che *“L’attestato di formazione manageriale di cui all’articolo 5, comma 1, lettera d), del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.484, come modificato dall’articolo 16-quinquies, deve essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa entro un anno dall’inizio dell’incarico; il mancato superamento del primo corso, attivato dalla regione successivamente al conferimento dell’incarico, determina la decadenza dall’incarico stesso. I dirigenti sanitari con incarico quinquennale alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sono tenuti a partecipare al primo corso di formazione manageriale programmato dalla regione; i dirigenti confermati nell’incarico sono esonerati dal possesso dell’attestato di formazione manageriale”*. Il **CCNL Dirigenza Medica 2016-2018** (9) ha confermato poi, all'**art. 20, c. 1**, che gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti *“con le procedure previste dalla legislazione nazionale e regionale vigente che ne disciplina anche i requisiti”* **DPR 484/1997**, che indica l’attestato di formazione manageriale quale requisito per l’accesso alla dirigenza apicale sanitario e precisa contenuti e modalità di organizzazione dei relativi corsi, disciplina aggiornata dal **D. L.vo n. 502/1992** all'**art. 16-quinquies**.

# 3.

## La "Specifica Attività Professionale"

---

### 3.1 Fondamenti normativi

Il D.P.R. n. 484/1997, all'**art. 6**, prevede al **c. 1, l. a)**, come **requisito di accesso**, un curriculum in cui sia documentata una specifica attività professionale:

1. L'aspirante all'incarico di secondo livello dirigenziale in una delle discipline di cui all'articolo 4 deve aver svolto una specifica attività professionale nella disciplina stessa dimostrando di possedere:

a) per le discipline ricomprese nell'area chirurgica e delle specialità chirurgiche, una casistica chirurgica e delle procedure chirurgiche invasive, non inferiore a quella stabilita per ogni disciplina con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità, con riferimento anche agli standard complessivi di addestramento professionalizzante delle relative scuole di specializzazione;

L'**art. 6**, prevede poi al **c. 2**:

2. Le **casistiche** devono essere riferite al **decennio precedente** alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana dell'avviso per l'attribuzione dell'incarico e devono essere **certificate dal direttore sanitario** sulla base della attestazione del dirigente di secondo livello responsabile del competente dipartimento o unità operativa della unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera.

Inoltre, l'**art. 8**, fissa i **Criteri sul colloquio ed il curriculum professionale**:

#### Articolo 8

1. La commissione di cui all'**articolo 15**, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, accerta l'idoneità dei candidati sulla base del colloquio e della valutazione del curriculum professionale;

2. Il colloquio è diretto alla valutazione delle capacità professionali del candidato nella specifica disciplina con riferimento anche alle esperienze professionali documentate, nonché all'accertamento delle capacità gestionali, organizzative e di direzione del candidato stesso con riferimento all'incarico da svolgere;

3. I contenuti del curriculum professionale, valutati ai fini del comma 1, concernono le attività professionali, di studio, direzionali-organizzative, con riferimento:

a) alla tipologia delle istituzioni in cui sono allocate le strutture presso le quali il candidato ha svolto la sua attività e alla tipologia delle prestazioni erogate dalle strutture medesime.

b) alla posizione funzionale del candidato nelle strutture ed alle sue competenze con indicazione di eventuali specifici ambiti di autonomia professionale con funzioni di direzione.

c) alla tipologia qualitativa e quantitativa delle prestazioni effettuate dal candidato.

d) ai soggiorni di studio o di addestramento professionale per attività attinenti alla disciplina in rilevanti strutture italiane o estere di durata non inferiore a tre mesi con esclusione dei tirocini obbligatori.

### 3. La "Specifica Attività Professionale"

e) alla attività didattica presso corsi di studio per il conseguimento di diploma universitario, di laurea o di specializzazione ovvero presso scuole per la formazione di personale sanitario con indicazione delle ore annue di insegnamento.

f) alla partecipazione a corsi, congressi, convegni e seminari, anche effettuati all'estero, valutati secondo i criteri di cui all'**articolo 9**, nonché alle pregresse idoneità nazionali.

4. Nella valutazione del curriculum è presa in considerazione, altresì, la produzione scientifica strettamente pertinente alla disciplina, pubblicata su riviste italiane o straniere, caratterizzate da criteri di filtro nell'accettazione dei lavori, nonché il suo impatto sulla comunità scientifica.

5. I contenuti del curriculum, esclusi quelli di cui al comma 3, lettera c), e le pubblicazioni, possono essere autocertificati dal candidato ai sensi della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modificazioni.

6. Prima di procedere al colloquio ed alla valutazione del curriculum la commissione stabilisce i criteri di valutazione tenuto conto delle specificità proprie del posto da ricoprire. La commissione, al termine del colloquio e della valutazione del curriculum, stabilisce, sulla base di una valutazione complessiva, la idoneità del candidato all'incarico.

Ma sulla casistica interviene poi il successivo **art. 15**:

Articolo 15 - Disposizioni finali e transitorie.

Fino all'emanazione dei provvedimenti di cui all'**articolo 6**, comma 1, per l'incarico di secondo livello dirigenziale si prescinde dal requisito della specifica attività professionale.

Pertanto, la **casistica non costituisce "requisito di accesso"** (in difetto di decreto del Ministro della Sanità che abbia stabilito le casistiche minime per ogni disciplina), ma rientra comunque nell'**art. 8 del D.P.R. n. 484/1997**, onde resta sempre elemento fondamentale per la valutazione del curriculum complessivo del candidato e della sua idoneità finale.

---

#### 3.2 Criteri di articolazione della casistica

In effetti, subito dopo l'emanazione del **D.P.R. n. 484/1997**, fermo restando che (come disposto dall'art. 6 c.2) "le casistiche devono essere riferite al decennio precedente e devono essere certificate dal direttore sanitario), sono emerse notevoli e **oggettive difficoltà nel delineare concordemente la consistenza qualitativa e quantitativa delle prestazioni** da valutare in sede concorsuale, soprattutto per le discipline internistiche e per i servizi, che hanno maggiori ostacoli a registrare e classificare le attività da ascrivere ai singoli operatori, mentre per le specialità chirurgiche, inclusa la Chirurgia Vascolare, almeno la casistica operatoria può essere più facilmente documentata basandosi sul registro operatorio, già utilizzato in funzione di altre normative procedurali.

Pertanto, sono intervenute nel corso degli anni, varie interlocuzioni fra il Consiglio Superiore di Sanità e le Società Scientifiche di riferimento per le varie discipline specialistiche, per tentare di regolamentare l'articolazione della "specifico attività professionale" nei concorsi e la compilazione del curriculum da parte dei candidati.

In una prima proposta del Ministero, tale "specifico attività professionale" avrebbe dovuto fare riferimento ai DRG (al fine di identificare omogeneamente specifici raggruppamenti di prestazioni assistenziali) o a voci del nomenclatore tariffario.



### 3. La “Specifica Attività Professionale”

In effetti, il riferimento ai DRG o al nomenclatore tariffario avrebbe consentito di confrontare con una certa oggettività le casistiche di sanitari operanti in contesti diversi, ma si tratta di strumenti di pesante gestione, con molte voci ed inoltre troppe strutture non disponevano – e purtroppo alcune non dispongono a tutt’oggi - di sistemi informatici capaci di dettagliare con precisione la casistica degli ultimi 10 anni (come previsto dalla normativa) e consentire di certificarla fedelmente.

Altre proposte prevedevano di raccogliere le **attività secondo “tipologie”** e di effettuare la valutazione quantitativa riferendosi a particolari **interventi “traccianti”**, anziché alla totalità delle prestazioni.

Era stato anche proposto di esentare da specificazioni analitiche dell’attività svolta e della casistica operatoria i titolari di incarico di direzione di struttura complessa e anche di direzione di struttura semplice, atteso che in tali casi, poiché la figura del candidato coincideva con quella di capo-équipe, poteva essere ritenuto sufficiente e molto più semplice produrre la casistica della struttura da lui diretta per valutarne adeguatamente l’attività personale.

## 4.

# Requisiti previsti per la Chirurgia Vascolare

### 4.1 Standard Ospedalieri nazionali e regionali e dotazioni

Sono stati lungamente dibattuti, in diverse sedi istituzionali, gli standard di riferimento per delineare le dotazioni di organico minimo di personale medico e di comparto da attribuire ai vari reparti ospedalieri, in funzione delle peculiarità delle singole discipline.

In tal senso, per molti anni il **D.M. Donat Cattin del 13/09/88** (su G.U.R.I. S. G. n. 225 del 24.09.1988) ha rappresentato una base di riferimento, fissando gli “*Standard Ospedalieri*” per singola specialità e per l’insieme dei servizi, in attuazione della L. n° 109 del 08/04/1988 (che prevedeva la fissazione degli standard del personale ospedaliero, distintamente per posti letto e per tipologia di ospedali), ove la Chirurgia Vascolare veniva inquadrata come “specialità a media assistenza”, per cui le dotazioni di personale previste per un modulo-tipo di 20 posti letto erano di 6 unità di personale medico e di 16 unità di **personale infermieristico**.

Negli anni successivi è intervenuta una profonda rivisitazione di tali parametri, in ambito nazionale e regionale, causata da diversi fattori, tra cui anche la progressiva evoluzione del concetto di posto-letto, che è stato ridimensionato nel suo rilievo ed ha assunto oggi connotazioni di flessibilità.

D'altronde, negli ultimi anni il SSN è stato interessato da importanti interventi di riforma che, gradualmente, hanno delineato un articolato sistema di governance, volto a migliorare l'efficienza del settore, anche attraverso un'analisi selettiva delle criticità, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute garantito costituzionalmente (dall'**art. 32**).

Nella regolamentazione dei **rapporti fra lo Stato e le Regioni**, costituiscono strumenti essenziali del sistema di governance, l'**obbligo regionale di garantire nel settore sanitario l'equilibrio economico annuale**, tramite l'integrale copertura dei disavanzi da parte delle regioni che li hanno determinati e l'**obbligo della redazione di un Piano di rientro per le regioni con disavanzi sanitari** superiori alla soglia fissata per legge, fino al commissariamento, qualora il Piano non sia adeguatamente redatto o non sia attuato nei tempi e nei modi previsti.

La necessità di utilizzare al meglio il personale sanitario e di comparto e di contrazione dei tempi di degenza e quindi della spesa sanitaria nazionale e regionale, ha comportato la rivisitazione delle modalità di erogazione di alcune prestazioni chirurgiche vascolari e la rimodulazione dei L.E.A. (livelli essenziali di assistenza), il cui problema è stato affrontato in sede nazionale e regionale, nel tentativo di rispondere alle esigenze di ottimizzazione del rapporto costo/beneficio e di riduzione dei ricoveri impropri, migliorando così le capacità di accoglimento delle strutture ospedaliere, con la tendenza a contenere quanto più possibile i tempi di degenza e le prestazioni in ricovero ordinario, incentivando lo spostamento delle attività mediche e chirurgiche verso quelle in Day-Hospital/Day-Surgery, One-Day-Surgery e Week-Surgery, pur senza inficiare la qualità dell'assistenza e la libera scelta e la dovuta garanzia di contenimento del Rischio Clinico e sicurezza delle cure e del paziente-utente. In tale contesto, la gestione delle risorse umane ha catalizzato sempre maggiore attenzione, in funzione dei “Piani di Rientro” che diverse regioni ed aziende sanitarie si sono trovate ad affrontare, atteso che la spesa per il personale della sanità è progressivamente aumentata e rappresenta in Italia in media **il 35% dei costi di esercizio, ma talvolta supera il 50%**.

## 4. Requisiti previsti per la Chirurgia Vascolare

La generale e progressiva carenza di medici, ulteriormente aggravata prima dalla L. n° 161/2014 (sulla regolamentazione delle turnazioni di servizio sanitario) e poi dalla Pandemia Covid-19, ha costretto a privilegiare i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) e soprattutto i servizi di emergenza-urgenza ed a riorganizzare le modalità di assistenza, penalizzando l'erogazione delle prestazioni non urgenti, sia in ambito territoriale, che in ambito ospedaliero, tra cui quelle specialistiche di Chirurgia Vascolare.

L'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale ha imposto la gestione dei processi di cambiamento, individuando nel benchmarking lo strumento base per assicurare un miglioramento sia sul piano organizzativo, sia delle performance delle aziende sanitarie, considerando che la **prestazione sanitaria** complessiva viene giudicata non tanto per la **componente "tecnica"** (qualità dell'atto sanitario, sia esso diagnostico, sia medico o chirurgico), quanto per la **componente "accessoria"** (tempi di attesa, locali, pulizia, organizzazione ed efficacia dei servizi sanitari) o anche per la **componente "relazionale"** (accoglienza, disponibilità e gentilezza del personale sanitario, parasanitario e amministrativo) che determinano la qualità percepita dell'intera prestazione, su cui il servizio sanitario è valutato, in termini di "**customer satisfaction**".

Inoltre, atteso che negli ospedali italiani si registrano quasi 3 eventi avversi ogni 1000 ricoveri, attribuiti ad errori terapeutici, soprattutto chirurgici (30%), seguiti da quelli diagnostici (16%), si è dato sempre maggiore rilievo alla sicurezza delle cure, alla formazione del personale, alla comunicazione ed alla Gestione del Rischio Clinico, specie alla luce del **D.M. n° 70 del 02/04/2015** (11) e della sua rimodulazione, con il **D. M. 77/2022** (12) anche nei rapporti con le strutture territoriali e della L. 24/2017 (L. Gelli-Bianco) (13), in linea con Linee-Guida Nazionali e Regionali specifiche, da cui deriva l'assoluta necessità di acquisire le dotazioni minime adeguate a fornire una risposta sanitaria, che consenta, non solo di mantenere il ventaglio diagnostico-terapeutico delle prestazioni offerte quanto più ampio e più capillare possibile, ma soprattutto di assicurare il dovuto standard, a garanzia della serenità e della sicurezza degli operatori sanitari e soprattutto dei pazienti.

---

### 4.2 Peculiarità della Specialità di Chirurgia Vascolare

#### 4.2.1 Riconoscimento della Specialità

La Chirurgia Vascolare in Europa ha da tempo ottenuto il riconoscimento di Specialità, giusta Directive 2005/36/EC Sept. 7, 2005 - RECOGNITION OF PROFESSIONAL QUALIFICATIONS - Official Journal of the European Union Sept. 30, 2005. Annex V. 5.1.2, 5.1.3 – Art. 21, 25, 26 (L 255 / pag. 35, 38, 39) (alleg. V alla DIR. 2005/36/CE DEL PARLAM. EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 7/09/2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali), prevedendo obbligo di diploma specifico e **training minimo di 5 anni**.

Negli USA la formazione degli Specialisti in Chirurgia Vascolare è stata definita dall'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) ed approvata nel febbraio 2006.

In Italia, la materia è stata recentemente rivisitata con il Decreto Interministeriale n. 68/2015 (14) ed il Decreto Interministeriale n. 402/2017 (15).

#### 4.2.2 Equipollenze

Per la specialità di Chirurgia Vascolare, nel nostro ordinamento nazionale, non sono **previste equipollenze** con altre discipline per i titoli di carriera.

È prevista l'equipollenza solo per la specializzazione, con la Scuola di Specializzazione in Angiologia e Chirurgia Vascolare.

## 4. Requisiti previsti per la Chirurgia Vascolare

Infatti, il **D. M. MINISTERO DELLA SANITÀ 30 gennaio 1998** e s.m.i. “Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l’accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale”, aggiornato con i Decreti del Ministro della Sanità del 22/01/1999 – 05/08/1999 – 02/08/2000 – 27/12/2000 - 31/07/2002 – 18/01/2006 – 19/06/2006 – 06/11/2009 (16), prevede una TABELLA A (valevole per la valutazione e la verifica dei titoli di carriera) e una TABELLA B (valevole per la valutazione e la verifica delle specializzazioni), ove per la Chirurgia Vascolare, ricompresa nell’AREA DI CHIRURGIA E DELLE AREA CHIRURGICA E DELLE SPECIALITA’ CHIRURGICHE, viene riportato:

### **TABELLA A** (Equipollenze di Titoli di Carriera)

**7) CHIRURGIA VASCOLARE**  
Servizi equipollenti

### **TABELLA B** (Equipollenze di Specializzazioni)

**7) CHIRURGIA VASCOLARE**  
Scuole equipollenti  
Angiologia e chirurgia vascolare

---

### 4.3 Peculiarità della Specialità di Chirurgia Vascolare

La Chirurgia Vascolare ricostruttiva è una **chirurgia specialistica salva-vita** particolarmente impegnativa, in funzione delle problematiche che prospettano gli interventi più complicati in ambito periferico, carotideo e soprattutto aortico, in elezione ed in emergenza, atteso che **le urgenze sono spesso cataclismatiche** e di grande complessità, come gli aneurismi aortici rotti ed i traumi complessi, per cui alcune Linee-Guida Regionali (v. Linee-Guida Regionali sulle dotazioni organiche di Calabria ed Abruzzo), qualificano la Chirurgia Vascolare come specialità ad alta assistenza.

A tal fine bisogna coniugare oculatamente la tendenza a privilegiare sempre più i **“Centri ad alto volume”**, in grado di effettuare al meglio i più specifici e complessi trattamenti (poiché affrontati con una maggiore frequenza ed una conseguente maggiore sicurezza), con la necessità di offrire una adeguata distribuzione di centri specialistici attrezzati su tutto il territorio (specie se con connotazioni orografiche sfavorevoli), che consentano il trattamento di tutte le urgenze indifferibili e intrasferibili (traumi accidentali con lesioni vascolari, rottura di aneurismi aortici o periferici, ischemie acute massive), in cui, in difetto di un intervento in loco immediato ed efficace, **si rischia la perdita dell’arto e spesso la vita del paziente.**

Resta di tutta evidenza che le funzioni di Hub (= mozzo, centro) e Spoke (= raggio, estremità), in relazione alle specifiche dotazioni, sono differenziate in funzione delle singole reti per le specifiche patologie e dei riferimenti territoriali, onde un ospedale Hub provinciale o distrettuale, può essere Spoke verso i centri di eccellenza regionali o nazionali e uno Spoke provinciale o distrettuale può essere Hub per i punti periferici.

Dato atto di quanto premesso, per la Chirurgia Vascolare ed Endovascolare si è tentato, da parte degli Organi Scientifici preposti, di definire i requisiti minimi per connotare sia le strutture di riferimento, che i singoli medici, candidati ai Concorsi di direzione di struttura complessa, tenendo conto dei dati desumibili dai reports della struttura e ovviamente della casistica operatoria documentata sulla base del registro operatorio.

## 4. Requisiti previsti per la Chirurgia Vascolare

Le **Linee-Guida** per la *Chirurgia Vascolare*, dettate dal **Ministero della Salute** (17), che si coniugano con quelli previsti dall'Assessorato Regionale nelle singole Regioni, prevedono dei **requisiti minimi** organizzativi, strutturali e tecnologici specifici (definiti anche dal Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare e dalla SICVE), con almeno 6 medici più il Direttore, per le ovvie necessità di doppia reperibilità d'urgenza "Personale medico: da valutare in base al numero di posti letto e al volume di attività; considerando gli accordi sindacali (max 10 reperibilità/mese) l'organico minimo è di 1 direttore più 6 dirigenti medici di I livello. Il personale medico deve garantire la pronta disponibilità di almeno 2 chirurghi vascolari 24/24 ore".

Attesa la complessità delle urgenze vascolari, alcune normative Regionali (Decr. Ass. Reg. Sic. Sanità 27/05/2003 e Delib. Giunta Reg. n° 135 del 07/05/2003), avevano previsto per la Chirurgia Vascolare un minimo di 6 Dirigenti Medici per l'attività in elezione, da elevare a 9 in caso di attività con reperibilità d'urgenza e 12 in caso di guardia attiva.

Per le Strutture Complesse di Chirurgia Vascolare il Ministero della Salute ha sancito anche i seguenti parametri minimi strutturali e tecnologici:

**“Blocco Operatorio: Sala Operatoria autonoma e dedicata**, per il numero di sedute previsto (almeno **3 sedute settimanali**, comunque adeguate alla lista di attesa). La sala operatoria deve essere equipaggiata con apparecchio per emorecupero (cell-saver), angiografo portatile (C-arm), accesso ad attrezzatura per video-laparoscopia, accesso a sistemi di monitoraggio per la chirurgia carotidea in anestesia generale (EEG, Doppler Trans-cranico), Eco-Color-Doppler, tavolo operatorio radiotrasparente, schermi per la visualizzazione di esami di imaging. La sala operatoria deve inoltre essere sufficientemente ampia per permettere il movimento agevole del personale e delle apparecchiature. Può infine essere utile, ma non è indispensabile, la presenza di un sistema IVUS (ecografo intravascolare) e dell'iniettore per le procedure endovascolari” (Quad. Min. Salute, 2010, 1, 87-88).

Coerentemente, come anticipato, già **nel 2005 il Collegio Italiano dei Primari di Chirurgia Vascolare**, ha definito per primo i requisiti minimi auspicabili per le Strutture Complesse di Chirurgia Vascolare e per i Dirigenti Medici candidati a concorsi per Direttore di S.C. (18) e **nel 2006 è intervenuta anche la SICVE** (Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare) (19), tenendo conto dei parametri definiti dal Collegio dei Primari e delle Linee-Guida della UEMS Section of Vascular Surgery per l'organizzazione in Europa dei Centri Vascolari, elaborate dal Vascular Centers Committee e sentito il Collegio dei Professori Ordinari di Chirurgia Vascolare.

# Raccomandazioni per requisiti minimi indispensabili nell'organizzazione di una struttura complessa di chirurgia vascolare

## ALLEGATO A

### REQUISITI STRUTTURALI

#### Reparto Degenza

- Autonomo con personale medico, infermieristico e amministrativo dedicato (secondo standard regionali) con un numero di letti non inferiore a 10
- Attività di chirurgia arteriosa e venosa in elezione ed in urgenza
- Previsione annuale a pieno regime di almeno 250-300 interventi di chirurgia arteriosa maggiore
- Letti per terapia intensiva e sub-intensiva post-operatoria in ragione del 30% dei letti totali, con adeguate attrezzature di monitoraggio, assistenza e terapia
- Pronta disponibilità di almeno 2 Chirurghi vascolari 24/24 ore
- Una segreteria (personale amministrativo)
- Un sistema informatico (PC) con modem per attività di Registro, comunicazione a rete con le altre UU.OO.AA

#### Attività Day Service

- Locali idonei per svolgere attività, con personale infermieristico dedicato, con numero di posti letto identificato dalla programmazione regionale e comunque non inferiori al 10-15% del numero totale dei letti
- Attività di Day Surgery (con particolare riferimento alla Flebologia Chirurgica)
- Attività di diagnostica pre-operatoria

- Ambulatori di visita esclusivamente dedicati alla patologia vascolare, con personale infermieristico adeguatamente formato
- Possibilità di accesso per esterni

#### Ambulatori

- Strettamente dipendente dalla struttura complessa e ad essa collegata. Nel caso sia affidata ad altre strutture (Radiologia, Angiologia, Medicina interna) la Chirurgia Vascolare deve essere comunque dotata di:
  - Ecocolor Doppler HD
  - Doppler CW
  - Possibilità di eseguire esami a letto del paziente

#### Ambulatori di diagnostica

- Sala Operatoria autonoma e dedicata per il numero di sedute previsto (almeno 2-3 sedute settimanali)
- Apparecchiatura per emorecupero
- Angiografo portatile

## Raccomandazioni per requisiti minimi indispensabili nell'organizzazione di una struttura complessa di chirurgia vascolare

### REQUISITI STRUTTURALI

#### Dotazione dell'Ospedale

- Terapia intensiva post-operatoria e Rianimazione
- Accesso strutturato ad anioradiologia (con reperibilità 24/24) con possibilità di svolgere attività interventistica (PTA, trombolisi, etc.)
- TC con software vascolare
- AngioRMN (è considerata favorevolmente la disponibilità)
- Accesso strutturato a Servizio di Dialisi
- Centro trasfusionale disponibile 24 ore su 24
- Disponibilità presso l'Ospedale di Unità di Neurologia, Cardiologia e reparti di base indispensabili

N.B: Visto l'impatto sociale ed economico, consideratene la complessità, è forte raccomandazione del Collegio non creare Unità Semplici di Chirurgia Vascolare come del resto avviene per altre specialità (Neurochirurgia, Cardiochirurgia), a meno che non siano afferenti a strutture complesse e comunque modificabili nel tempo e darivedere ogni 2 anni.

## Requisiti del candidato a direttore di struttura complessa di Chirurgia Vascolare

(tali requisiti assumono carattere vincolante per gli iscritti al Collegio chiamati a far parte delle Commissioni di concorso per l' idoneità a Direttore di struttura complessa)

- Attività documentata a termini di legge
- Specialità in Chirurgia Vascolare e come stabilito per legge 7 anni di servizio istituzionale nella branca o in assenza di specializzazione di un decennio di tale servizio
- Possesso del numero minimo di crediti formativi previsti dall'E.C.M.
- Attività documentabile di Chirurgia Vascolare maggiore in elezione ed in urgenza (in particolare quella carotidea, aortica e ricostruttiva periferica) 500 interventi di cui il 30% circa come aiuto ed il restante 70% come primo chirurgo
- Esperienza documentabile di diagnostica vascolare non invasiva operativa o almeno a livello conoscitivo

### PARTECIPAZIONI A CONGRESSI

- Avere almeno rispettato i criteri E.C.M.
- Attività scientifica adeguata con almeno 30 lavori di argomento vascolare editi a stampa su riviste nazionali ed internazionali equamente distribuite nel senso dell'attività negli anni

### INCARICHI DI VITA ASSOCIATIVA

- Partecipazione ad un progetto clinico, TRIALS o lavoro di gruppo
- Essere membro di Società scientifiche del circuito vascolare (SICVE, SACE, Forum Flebologico)
- Attività formativa svolta nell'ambito del management e della gestione della leadership

## ALLEGATO B

### 1) Per i primari del pubblico servizio

- ESIBIZIONE DI COPIA DELLA DELIBERA DELL'AMMINISTRAZIONE DELL'ENTE RIPORTANTE LA DIZIONE "DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA".
- CERTIFICAZIONE DEI REQUISITI MINIMI PREVISTI DAL COLLEGIO.
- ACCETTAZIONE DI APICALI NOMINATI CON IL 15 SEPTIES SOLO SE TRASFERITI DA ALTRI ENTI IN CUI AVEVANO LA QUALIFICA DI DIRETTORI DI S. C. E SE NEL NUOVO INCARICO POSSEGGONO I REQUISITI SOPRA ELENCATI.
- REVISIONE DELLA POSIZIONE DI TUTTI I SOCI, CON FORMAZIONE DI UNA COMMISSIONE GIUDICATRICE.



## Requisiti del candidato a direttore di struttura complessa di Chirurgia Vascolare

(tali requisiti assumono carattere vincolante per gli iscritti al Collegio chiamati a far parte delle Commissioni di concorso per l'idoneità a Direttore di struttura complessa)

---

### 2) Per i primari del pubblico servizio

- ACCETTAZIONE DI EX-DIRIGENTI DI S.C. CHE SI TRASFERISCONO DAL PUBBLICO AL PRIVATO FERMO RESTANDO I REQUISITI MINIMI DI STRUTTURA.
- ACCETTAZIONE DI RESPONSABILI DI UNITA' OPERATIVA UNICI IN ISTITUTI DI RILEVANZA REGIONALE IN REGOLA COI REQUISITI DEL COLLEGIO.
- ESIBIZIONE DEL CONTRATTO CHE ATTESTI IL RUOLO SVOLTO, PARIFICATO A QUELLO DI DIRETTORE DI S.C. E POSSESSO DEI REQUISITI MINIMI CARRIERALI E DI STRUTTURA PER U.O., GIÀ FISSATI DAL COLLEGIO.
- IL CONTROLLO DEI REQUISITI IN OGGETTO VERRA' ATTUATO DA UNA COMMISSIONE (PEER-REVIEW) COMPOSTA DAL PRESIDENTE, IL SEGRETARIO (O MEMBRI DA LORO DESIGNATI) E DAL RAPPRESENTANTE REGIONALE.

Caratteristiche strutturali ed organizzative	Parametri minimi *
	Struttura e dotazioni
<b>Reparto Degenza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autonomo con personale medico, infermieristico e amministrativo dedicato (secondo standard regionali) con un numero di letti non inferiore a 10, comunque adeguato al bacino d'utenza e alle liste di attesa</li> </ul>
<b>Blocco operatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sala Operatoria autonoma e dedicata per il numero di sedute previsto (almeno 3 sedute settimanali, comunque adeguate alla lista di attesa)</li> <li>Apparecchiatura per emorecupero</li> <li>Angiografo portatile</li> <li>Accesso ad attrezzatura per videolaparoscopia</li> <li>Disponibilità della sala operatoria 24 ore su 24 per emergenze</li> <li>Doppler transcranico o altro sistema di monitoraggio per la chirurgia carotidea in anestesia generale</li> <li>Eco-color-Doppler</li> </ul>
<b>Terapia intensiva – rianimazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Letti per terapia intensiva e sub-intensiva post-operatoria in ragione del 30% dei letti totali, con adeguate attrezzature di monitoraggio, assistenza e terapia</li> </ul>
<b>Day surgery</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con locali idonei, possibilmente separati dal reparto e con personale infermieristico dedicato, con numero di posti letto identificato dalla programmazione regionale e comunque non inferiori al 10-15% del numero totale dei letti per svolgere attività di Day Surgery (con particolare riferimento alla Flebologia Chirurgica)</li> </ul>
<b>Ambulatorio dedicato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulatori di visita esclusivamente dedicati alla patologia vascolare, con personale infermieristico adeguatamente formato anche per la gestione degli strumenti diagnostici vascolari</li> </ul>
<b>Sistema informatico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicazione a rete o telefonica:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- per collegamento al Registro SICVEREG;</li> <li>- per collegamento con le altre UU.OO.AA.;</li> <li>- per l'AUDIT: dei risultati clinici, dei dati organizzativi ed economici, dell'adesione alle linee guida, della soddisfazione del paziente, del controllo di qualità, del training e degli aggiornamenti, della sicurezza del personale</li> </ul> </li> </ul>

\* Questi parametri verranno utilizzati dalla SICVE per la certificazione dei Centri di Chirurgia Vascolare

## Parametri minimi \*

### Laboratorio vascolare

- Strettamente dipendente dalla struttura complessa e ad essa collegata. Nel caso sia affidata ad altre strutture (Radiologia, Angiologia, Medicina interna) la Chirurgia Vascolare deve essere comunque dotata di:
  - Ecocolor-Doppler
  - Doppler CW
  - Treadmill exercise test
  - Doppler transcranico
  - Misurazione della pressione venosa
  - Misurazione della TcPO<sub>2</sub> – TcPCO<sub>2</sub>
  - Misurazione della pressione compartimentale
  - Possibilità di eseguire esami a letto del paziente

### Radiologia o emodinamica

- Struttura per la diagnostica e terapia endovascolare

### Segreteria

- Personale amministrativo

### Dotazioni dell'Ospedale

- Terapia intensiva post-operatoria e Rianimazione
- Accesso strutturato ad angiologia (con reperibilità 24/24) con possibilità di svolgere attività interventistica (PTA, trombolisi, etc.)
- TC con software vascolare
- AngioRMN (è considerata favorevolmente la disponibilità)
- Accesso strutturato a Servizio di Dialisi
- Centro trasfusionale disponibile 24 ore su 24
- Disponibilità presso l'Ospedale di Unità di Neurologia, Cardiologia e reparti di base indispensabili

## Personale

### Organico

- In rapporto ai posti letto e al volume di attività; considerando gli accordi sindacali (max 10 reperibilità/mese) l'organico minimo è di 1 Direttore + 6 Dirigenti Medici di I livello

### Pronta disponibilità

- di almeno 2 Chirurghi vascolari 24/24 ore

### Attività di chirurgia arteriosa e venosa in elezione ed in urgenza

- Previsione annuale a pieno regime di almeno 300 interventi di chirurgia arteriosa maggiore
- Previsione annuale di almeno 100 interventi di chirurgia venosa
- Chirurgia carotidea e TSA > 50-70<sup>2</sup>
- Aneurismi aortici > 50<sup>3,4</sup>
- Arteriopatie ostruttive > 70-100<sup>5</sup>
- Procedure combinate > 20
- Trattamenti endovascolari arteriosi > 60
- Urgenze vascolari ≈ 40
- Patologia Venosa > 100

### Parametri minimi \*

#### Attività Day Service, Day Hospital

- Attività di diagnostica pre-operatoria
- Attività di terapia medica specialistica

#### Formazione di base

- Almeno l'80% dell'organico deve essere composto da specialisti in Chirurgia Vascolare, auspicando che il 100% dell'organico sia composto da specialisti<sup>6</sup>

#### Formazione ed aggiornamento

- Avere almeno rispettato i criteri E.C.M. con crediti recepiti per l'aggiornamento in chirurgia vascolare ed endovascolare, diagnostica vascolare, terapia vascolare e management
- L'attività scientifica del Direttore deve essere adeguata con almeno 50 lavori di argomento vascolare editi a stampa
- L'80% dell'equipe deve rispettare i criteri ECM con il raggiungimento del punteggio previsto con corsi di aggiornamento in chirurgia vascolare ed endovascolare,<sup>7</sup> diagnostica vascolare, terapia vascolare e management

<sup>9</sup> Per quanto riguarda la chirurgia carotidea i valori di riferimento della UEMS sembrano particolarmente insufficienti: in questo tipo di intervento viene riferito anche un volume-chirurgo; chirurghi che eseguono più di 30 procedure/anno presentano una mortalità ed incidenza di ictus peri-operatorio minori (dell'1,58%, rispetto al 2.26% di quelli che eseguono 10-29 procedure/anno e di quelli che eseguono meno di 10 interventi/anno (revisione di Cowan JA Jr, Dimick JB, Thompson BG, Stanley JC, Upchurch GR Jr. Surgeon volume as an indicator of outcomes after carotid endarterectomy: an effect independent of specialty practice and hospital volume. *J Am Coll Surg.* 2002 Dec;195(6):814-21).

Si ritiene inoltre indispensabile che almeno il 50% dei medici dell'equipe possa eseguire 30 interventi di CEA/anno e pertanto il volume di interventi dell'ospedale dovrebbe essere superiore a 100 interventi.

<sup>10</sup> Il volume dell'equipe appare estremamente rilevante; è stato dimostrato che ospedali che eseguono meno di 36 interventi aortici/anno presentano un incremento della mortalità nei pazienti ultrasessantacinquenni (a maggior rischio). (Dimick JB, Pronovost PJ, Cowan JA Jr, Wainess RM, Upchurch GR Jr. Should older patients be selectively referred to high-volume centers for abdominal aortic surgery? *Vascular.* 2004 Jan;12(1):51-6).

<sup>11</sup> È stata dimostrata una correlazione positiva fra hospital-volume e surgeon-volume e risultati nel trattamento degli aneurismi in elezione ed in particolare negli aneurismi in rottura (Shackley P, Slack R, Booth A, Michaels J. Is there a positive volume-outcome relationship in re negli aneurismi in rottura (Shackley P, Slack R, Booth A, Michaels J. Is there a positive volume-outcome relationship in peripheral vascular surgery? Results of a systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2000 Oct;20(4):326-35).

<sup>12</sup> Per quanto riguarda i bypass aorto-bifemorali, il valore di cut-off riportato è 25 interventi / anno; con più interventi la mortalità operatoria è risultata diminuita del 42% (Dimick JB, Cowan JA Jr, Henke PK, Wainess RM, Posner S, Stanley JC, Upchurch GR Jr. Hospital volume-related differences in aorto-bifemoral bypass operative mortality in the United States. *J Vasc Surg.* 2003 May;37(5):970-5).

<sup>13</sup> I nuovi percorsi di diagnosi e cura, quali l'intervento nel giorno di accettazione, richiedono una particolare competenza dei medici (e degli specializzandi) per assicurare una corretta continuità di cura, dall'accettazione alla dimissione e al controllo nel follow-up (Gagnon J, Melck A, Kamal D, Al-Assiri M, Chen J, Sidhu RS. Continuity of care experience of residents in an academic department: are trainees learning complete surgical care? *J Vasc Surg* 2006;43:999-1003).

<sup>14</sup>Il training per gli specializzandi è attualmente governato dai regolamenti delle rispettive Scuole di Specializzazione ed aggiornato per l'insegnamento delle tecniche endovascolari per quanto riguarda la formazione dei nuovi specialisti. Per quanto riguarda i vecchi specialisti si deve prevedere un aggiornamento on-work con tutor nelle singole strutture di appartenenza oppure presso strutture differenti (Corsi SICVE, Masters, Corsi ACOI, Corsi residenziali, ecc.), pur tenendo in considerazione le singole capacità già acquisite dall'operatore. Un gruppo di esperti, nel tracciare dei requisiti per gli standard consiglia una esperienza con 50 cateterismi come primo operatore, 50 interventi, di cui 25 come primo operatore e la partecipazione a live demonstration (standard suggerito dalla SVS/ISCVS e pubblicato da RA. White et al., Endovascular interventions training and credentialing for vascular surgeons. *J Vasc Surg* 1999;29:177-86). Utili i corsi con simulatori, raccomandata la trascrizione su un logbook della fase formativa.

<sup>15</sup>Da uno studio Finlandese il numero di interventi di chirurgia vascolare eseguiti nel periodo 1990-1997 è stato superiore a 1430/milione di abitanti ed ha evidenziato un trend in aumento in particolare per il trattamento delle ischemie critiche, passate dal 7.3% al 16.6% (Heikkinen M, Salenius J, Auvinen O. Trends of vascular service in a well defined geographical area in 1990's. *Ann Chir Gynaecol* 2000;89:285-91).

<sup>16</sup>Dall'analisi delle SDO anno 2003, si rilevano circa 76.500 interventi di chirurgia arteriosa e 96.000 di chirurgia venosa pari ad oltre 2870 interventi/milione di abitanti, con oltre 1270 interventi di chirurgia arteriosa per milione di abitanti, non essendo stati considerati tutti i codici riportati.

# 5.

## Svolgimento delle procedure Concorsuali

Per lo svolgimento dei Concorsi per Direttore di Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare, fermo restando il CCNL e il D.lgs. 165/2001 e s.m.i. (20), mutatis mutandis, vige quanto previsto in linea generale per lo svolgimento dei pubblici concorsi nella P.A., con riferimento al D.P.R. n. 487/1994, che si riporta in sintesi, insieme alla L. n. 189/2012 (21), di conversione del D.L. 158/2012 (Balduzzi) “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute” e alla L. n. 118/2022 (22) (G.U. n.188 del 12.8.2022), che ha aggiornato la regolamentazione dei Concorsi per D.S.C.

### **D.P.R. 9 maggio 1994, n. 487.**

**“Regolamento recante norme sull’accesso agli impieghi nelle pubbliche amministrazioni e le modalità di svolgimento dei concorsi, dei concorsi unici e delle altre forme di assunzione nei pubblici impieghi.”**

Testo aggiornato Pubblicato nella Gazz. Uff. 4 febbraio 1997, n. 28.

(omissis)

### **6. Svolgimento delle prove**

1. Il diario delle prove scritte deve essere comunicato ai singoli candidati almeno quindici giorni prima dell’inizio delle prove medesime. Tale comunicazione può essere sostituito dalla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica - 4a serie speciale - concorsi ed esami.
2. Le prove del concorso sia scritte che orali non possono aver luogo nei giorni festivi nè, ai sensi della legge 8 marzo 1989. n. 101, nei giorni di festività religiose ebraiche rese note con decreto del Ministro dell’interno mediante pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, nonché, nei giorni di festività religiose valdesi.
3. Ai candidati che conseguono l’ammissione alla prova orale deve essere data comunicazione con l’indicazione del voto riportato in ciascuna delle prove scritte. L’avviso per la presentazione alla prova orale deve essere dato ai singoli candidati almeno venti giorni prima di quello in cui essi debbono sostenerla.
4. Le prove orali devono svolgersi in un’aula aperta al pubblico, di capienza idonea ad assicurare la massima partecipazione.
5. Al termine di ogni seduta dedicata alla prova orale, la commissione giudicatrice forma l’elenco dei candidati esaminati, con l’indicazione dei voti da ciascuno riportati che sarà affisso nella sede degli esami.

(omissis)

### **11. Adempimenti della commissione**

1. Prima dell’inizio delle prove concorsuali la commissione, considerato il numero dei concorrenti, stabilisce il termine del procedimento concorsuale e lo rende pubblico. I componenti, presa visione dell’elenco dei partecipanti, sottoscrivono la dichiarazione che non sussistono situazioni di incompatibilità tra essi ed i concorrenti, ai sensi degli articoli 51 e 52 del codice di procedura civile.
2. La commissione prepara tre tracce per ciascuna prova scritta, se gli esami hanno luogo in una sede, ed una sola traccia quando gli esami hanno luogo in più sedi. Le tracce sono segrete e ne è vietata la divulgazione.

## 5. Svolgimento delle procedure Concorsuali

3. Le tracce, appena formulate, sono chiuse in pieghi suggellati e firmati esteriormente sui lembi di chiusura dai componenti della commissione e dal segretario.

4. All'ora stabilita per ciascuna prova, che deve essere la stessa per tutte le sedi, il presidente della commissione esaminatrice o del comitato di vigilanza fa procedere all'appello nominale dei concorrenti e, previo accertamento della loro identità personale, li fa collocare in modo che non possano comunicare fra loro. Indi fa constatare l'integrità della chiusura dei tre pieghi o del piego contenente i temi, e nel primo caso fa sorteggiare da uno dei candidati il tema da svolgere.

5. Le procedure concorsuali devono concludersi entro sei mesi dalla data di effettuazione delle prove scritte o, se trattasi di concorsi per titoli, dalla data della prima convocazione. L'inosservanza di tale termine dovrà essere giustificata collegialmente dalla Commissione esaminatrice con motivata relazione da inoltrare alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica, o all'amministrazione o ente che ha proceduto all'emanazione del bando di concorso e per conoscenza al Dipartimento della funzione pubblica.

### 12 - Trasparenza amministrativa nei procedimenti concorsuali.

*7. Le commissioni esaminatrici, alla prima riunione, stabiliscono i criteri e le modalità di valutazione delle prove concorsuali da formalizzare nei relativi verbali, al fine di assegnare i punteggi attribuiti alle singole prove. Esse, immediatamente prima dell'inizio di ciascuna prova orale, determinano i quesiti da porre ai singoli candidati per ciascuna delle materie di esame. Tali quesiti sono proposti a ciascun candidato previa estrazione a sorte.*

*2. Nei concorsi per titoli ed esami il risultato della valutazione dei titoli, deve essere reso noto agli interessati prima dell'effettuazione delle prove orali.*

*3. I candidati hanno facoltà di esercitare il diritto di accesso agli atti del procedimento concorsuale ai sensi degli articoli 1 e 2 del decreto del Presidente della Repubblica 27 giugno 1992, n. 352, con le modalità ivi previste.*

### 13 - Adempimenti dei concorrenti durante lo svolgimento delle prove scritte.

1. Durante le prove scritte non è permesso ai concorrenti di comunicare tra loro verbalmente o per iscritto, ovvero di mettersi in relazione con altri, salvo che con gli incaricati della vigilanza o con i membri della commissione esaminatrice.

2. Gli elaborati debbono essere scritti esclusivamente, a pena di nullità, su carta portante il timbro d'ufficio e la firma di un componente della commissione esaminatrice o, nel caso di svolgimento delle prove in località diverse, da un componente del comitato di vigilanza.

3. I candidati non possono portare carta da scrivere, appunti manoscritti, libri o pubblicazioni di qualunque specie. Possono consultare soltanto i testi di legge non commentati ed autorizzati dalla commissione, se previsti dal bando di concorso, ed i dizionari.

4. Il concorrente che contravviene alle disposizioni dei commi precedenti o comunque abbia copiato in tutto o in parte lo svolgimento del tema, è escluso dal concorso. Nel caso in cui risulti che uno o più candidati abbiano copiato, in tutte o in parte, l'esclusione è disposta nei confronti di tutti i candidati coinvolti.

5. La commissione esaminatrice o il comitato di vigilanza curano l'osservanza delle disposizioni stesse ed hanno facoltà di adottare i provvedimenti necessari. A tale scopo, almeno due dei rispettivi membri devo-

## 5. Svolgimento delle procedure Concorsuali

no trovarsi nella sala degli esami. La mancata esclusione all'atto della prova non preclude che l'esclusione sia disposta in sede di valutazione delle prove medesime.

### 14 - Adempimenti dei concorrenti e della commissione al termine delle prove scritte

1. Al candidato sono consegnate in ciascuno dei giorni di esame due buste di eguale colore: una grande munita di linguetta staccabile ed una piccola contenente un cartoncino bianco.
2. Il candidato, dopo aver svolto il tema, senza apporvi sottoscrizione, né, altro contrassegno, mette il foglio o i fogli nella busta grande. Scrive il proprio nome e cognome, la data ed il luogo di nascita nel cartoncino e lo chiude nella busta piccola. Pone, quindi, anche la busta piccola nella grande che richiude e consegna al presidente della commissione o del comitato di vigilanza od a chi ne fa le veci. Il presidente della commissione o del comitato di vigilanza, o chi ne fa le veci, appone trasversalmente sulla busta, in modo che vi resti compreso il lembo della chiusura e la restante parte della busta stessa, la propria firma e l'indicazione della data della consegna.
3. Al termine di ogni giorno di esame è assegnato alla busta contenente l'elaborato di ciascun concorrente lo stesso numero da apporsi sulla linguetta staccabile, in modo da poter riunire, esclusivamente attraverso la numerazione, le buste appartenenti allo stesso candidato.
4. Successivamente alla conclusione dell'ultima prova di esame e comunque non oltre le ventiquattro ore si procede alla riunione delle buste aventi lo stesso numero in un'unica busta, dopo aver staccata la relativa linguetta numerata. Tale operazione è effettuata dalla commissione esaminatrice o dal comitato di vigilanza con l'intervento di almeno due componenti della commissione stessa nel luogo, nel giorno e nell'ora di cui è data comunicazione orale ai candidati presenti in aula all'ultima prova di esame, con l'avvertimento che alcuni di essi, in numero non superiore alle dieci unità, potranno assistere alle anzidette operazioni.
5. I pieghi sono aperti alla presenza della commissione esaminatrice quando essa deve procedere all'esame dei lavori relativi a ciascuna prova di esame.
6. Il riconoscimento deve essere fatto a conclusione dell'esame e del giudizio di tutti gli elaborati dei concorrenti.
7. I pieghi contenenti i lavori svolti dai candidati nelle sedi diverse da quelle della commissione esaminatrice ed i relativi verbali sono custoditi dal presidente del singolo comitato di vigilanza e da questi trasmessi in plico raccomandato per il tramite del capo dell'ufficio periferico al presidente della commissione dell'amministrazione interessata, al termine delle prove scritte.

### 15 - Processo verbale delle operazioni d'esame e formazione delle graduatorie

1. Di tutte le operazioni di esame e delle deliberazioni prese dalla commissione esaminatrice, anche nel giudicare i singoli lavori, si redige giorno per giorno un processo verbale sottoscritto da tutti i commissari e dal segretario.
2. La graduatoria di merito dei candidati è formata secondo l'ordine dei punti della votazione complessiva riportata da ciascun candidato, con l'osservanza, a parità di punti, delle preferenze previste dall'art. 5.
3. Sono dichiarati vincitori, nei limiti dei posti complessivamente messi a concorso, i candidati utilmente collocati nelle graduatorie di merito, formate sulla base del punteggio riportato nelle prove d'esame, tenuto conto di quanto disposto dalla legge 2 aprile 1968, n. 482 o da altre dis-



## 5. Svolgimento delle procedure Concorsuali

posizioni di legge in vigore che prevedono riserve di posti in favore di particolari categorie di cittadini.

4. La graduatoria di merito, unitamente a quella dei vincitori del concorso, è approvata con decreto del Ministro per la funzione pubblica o dall'autorità competente nel caso in cui il concorso sia bandito da altre pubbliche amministrazioni ed è immediatamente efficace.

5. Le graduatorie dei vincitori dei concorsi sono pubblicate nel Bollettino ufficiale della Presidenza del Consiglio dei Ministri o dell'amministrazione interessata.

6. Di tale pubblicazione è data notizia mediante avviso nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica. Dalla data di pubblicazione di detto avviso decorre il termine per le eventuali impugnative.

*6-bis. Per gli enti locali territoriali le graduatorie di cui al comma 5 sono pubblicate nell'albo pretorio del relativo ente.*

7. Le graduatorie dei vincitori rimangono efficaci per un termine di diciotto mesi dalla data della sopracitata pubblicazione per eventuali coperture di posti per i quali il concorso è stato bandito e che successivamente ed entro tale data dovessero rendersi disponibili. Non si dà luogo a dichiarazioni di idoneità al concorso con esclusione delle procedure di concorso relative al personale del comparto scuola.

### **Legge 8 novembre 2012, n. 189**

**Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.** (GU n. 263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n.201)

#### Articolo 4.

(Dirigenza sanitaria e governo clinico)

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

*(omissis)*

d) all'articolo 15, comma 7, secondo periodo, le parole da: «e secondo» fino alla fine del periodo sono soppresse e il terzo periodo è soppresso; dopo il comma 7 sono inseriti i seguenti:

«7-bis. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie, e nei limiti del numero delle strutture complesse previste dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione viene effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del

## 5. Svolgimento delle procedure Concorsuali

Servizio sanitario nazionale. Qualora fossero sorteggiati tre direttori di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto, non si procede alla nomina del terzo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino ad individuare almeno un componente della commissione direttore di struttura complessa in regione diversa da quella ove ha sede la predetta azienda. La commissione elegge un presidente tra i tre componenti sorteggiati; in caso di parità di voti è eletto il componente più anziano. In caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevale il voto del presidente;

b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, la commissione presenta al direttore generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; ove intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, deve motivare analiticamente la scelta. L'azienda sanitaria interessata può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data del conferimento dell'incarico, nel caso in cui il dirigente a cui è stato conferito l'incarico dovesse dimettersi o decadere, si procede alla sostituzione conferendo l'incarico ad uno dei due professionisti facenti parte della terna iniziale;

c) la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal direttore generale d'intesa con il Rettore, sentito il dipartimento universitario competente, ovvero, laddove costituita, la competente struttura di raccordo interdipartimentale, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare;

d) il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, la relazione della commissione, sono pubblicati sul sito Internet dell'azienda prima della nomina. Sono altresì pubblicate sul medesimo sito le motivazioni della scelta da parte del direttore generale di cui alla lettera b), terzo periodo. I curricula dei candidati e l'atto motivato di nomina sono pubblicati sul sito dell'ateneo e dell'azienda ospedaliero-universitaria interessati.

7-ter. L'incarico di direttore di struttura complessa è soggetto a conferma al termine di un periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei, a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base della valutazione di cui all'articolo 15, comma 5.

7-quater. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. Oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale.

## 5. Svolgimento delle procedure Concorsuali

7-quinquies. Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-septies.»;

e) all'articolo 15-ter, il comma 2 è sostituito dal seguente: “2. Gli incarichi di struttura complessa hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve”;

### **LEGGE 5 agosto 2022, n. 118**

**Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021. (22G00126) (GU n.188 del 12-8-2022)**

*Vigente al: 27-8-2022*

*(omissis)*

#### **Art. 20 Selezione della dirigenza sanitaria**

1. All'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il comma 7-bis è sostituito dal seguente: «7-bis. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie e nei limiti del numero delle strutture complesse previste dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità', sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione è effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, dei quali almeno due responsabili di strutture complesse in regioni diverse da quella ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto. I direttori di struttura complessa sono individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale. Qualora fosse sorteggiato più di un direttore di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto, è nominato componente della commissione il primo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino a individuare almeno due componenti della commissione direttori di struttura complessa in regioni diverse da quella ove ha sede la predetta azienda. Se all'esito del sorteggio di cui al secondo o al terzo periodo la metà dei direttori di struttura complessa non è di genere diverso, si prosegue nel sorteggio fino ad assicurare ove possibile l'effettiva parità di genere nella composizione della commissione, fermo restando il criterio territoriale di cui al terzo periodo. **Assume le funzioni di presidente della commissione il componente con maggiore anzianità di servizio tra i tre direttori sorteggiati.** In caso di parità nelle deliberazioni della commissione **prevale il voto del presidente.** In deroga alle disposizioni di cui al primo periodo, nella provincia autonoma di Bolzano la selezione per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa e' effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, dei quali almeno un responsabile di struttura complessa in regione diversa da quella ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto;

b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'at-

## 5. Svolgimento delle procedure Concorsuali

tività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, la commissione attribuisce a ciascun candidato un punteggio complessivo secondo criteri fissati preventivamente e redige la graduatoria dei candidati. Il direttore generale dell'azienda sanitaria procede alla nomina del candidato che ha conseguito il miglior punteggio. A parità di punteggio prevale il candidato più giovane di età. L'azienda sanitaria interessata può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data del conferimento dell'incarico, nel caso di dimissioni o decadenza del sanitario, laddove il programma formativo del master sia coerente con i contenuti e le metodologie didattiche dei corsi di formazione manageriale di cui agli articoli 15 e 16-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, organizzati e attivati dalle regioni, ovvero dall'Istituto superiore di sanità per i ruoli dirigenziali della sanità pubblica, e in particolare con i contenuti e le metodologie didattiche degli specifici accordi interregionali in materia, ha valore di attestato rilasciato all'esito dei corsi stessi, ove le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano abbiano riconosciuto preventivamente con provvedimento espresso, entro sessanta giorni dalla richiesta delle università, la riconducibilità di tali master alla predetta formazione manageriale. A tal fine le università, nella certificazione del diploma di master, indicano gli estremi dell'atto di riconoscimento e trasmettono alle regioni e alle province autonome che hanno riconosciuto i corsi, ovvero anche all'Istituto superiore di sanità per i ruoli dirigenziali della sanità pubblica, l'elenco dei dirigenti che hanno conseguito il diploma di master.

## 6.

# “Profilo professionale” del candidato

Per quanto attiene al “profilo professionale del dirigente da incaricare”, è opportuno fare alcune precisazioni.

La **Legge 8 novembre 2012, n. 189**, prevede all’Art. 4 lettera b), che **“la commissione riceve dall’azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell’analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell’attività svolta, dell’aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, la commissione presenta al direttore generale...”**

Anche la **Legge 5 agosto 2022, n. 118**, all’Art. 20 c. 1 lettera b), dispone che **“la commissione riceve dall’azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare”**.

La normativa vigente demanda quindi all’Azienda Sanitaria il compito e la facoltà di articolare e predisporre e pubblicare il “profilo professionale del dirigente da incaricare” insieme al Bando di Concorso (“*tempus regit actum*”), in funzione delle peculiarità dell’incarico nello specifico contesto di attività.

Pertanto, tale profilo, sempre nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente e dalle Società Scientifiche istituzionalmente preposte, per quanto concerne gli aspetti tecnici, dei requisiti delle dotazioni e della Gestione del Rischio Clinico e deve essere modulato con la maggiore aderenza possibile alle necessità dell’Azienda Sanitaria e del territorio di riferimento (bacino di utenza, centri Hub e Spoke), tenendo conto di diversi elementi specifici di ordine generale, da integrare con le dovute connotazioni vascolari:

1. Strutturazione, articolazione, *mission e vision* dell’Azienda Sanitaria;
2. Strutturazione e dotazioni dell’Ospedale sede dell’U.O.C. di Chirurgia Vascolare;
3. Strutturazione, articolazione, *mission e vision* dell’U.O.C. di Chirurgia Vascolare;
4. Rapporti con altre *strutture aziendali* (Dipartimenti, UU.OO.);
5. Rapporti con Scuole di Specializzazioni ed eventuali funzioni di Tutoraggio;
6. Rapporti con altre *strutture provinciali e regionali extra-aziendali*, sanitarie e non;
7. *Reti Hub e Spoke* territoriali per le patologie vascolari in urgenza e in elezione;
8. *Reti Hub e Spoke* territoriali in urgenza per i traumi;
9. Competenze particolari, *tecniche e manageriali*, richieste al Direttore della Chirurgia Vascolare nello specifico ambito di attività.

Resta compito della Commissione **evitare** che una eventuale maggiore aderenza di uno dei candidati allo **specifico profilo professionale** indicato dall’Azienda Sanitaria, possa soverchiare le altre connotazioni qualificanti del Curriculum Professionale, attesa la rilevanza e inderogabilità degli aspetti tecnici e dei requisiti minimi descritti, fermo restando che, a parità di Curriculum tecnico-scientifico, la rispondenza alle specifiche caratteristiche richieste dall’Azienda Sanitaria deve costituire comunque un **aspetto privilegiante**, considerata l’attività che dovrà svolgere in loco il nuovo Direttore di Chirurgia Vascolare, in linea con le attese dell’Azienda e del territorio.

# 7.

## Posizioni di “conflitto di interessi” e comportamenti etici

### 7.1 Il “Conflitto di interessi” amministrativo in generale

Nel nostro ordinamento non esiste purtroppo una definizione univoca e generale di “conflitto di interessi”, né tantomeno una norma che preveda analiticamente tutte le ipotesi e gli elementi costitutivi della fattispecie.

La materia del conflitto di interessi è regolata dalla normativa nazionale, segnatamente dalla **L. 7 agosto 1990 n. 241** “Nuove norme sul procedimento amministrativo”(23), il cui **art. 6 bis** (introdotto dall'**art. 1**, c. 41, L. n. 190 del 2012), prevede che “Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale”, con riferimento al personale dipendente delle pubbliche amministrazioni e a soggetti esterni destinatari di specifici incarichi, riguardo a:

- ipotesi di conflitto di interessi a carico dei funzionari pubblici ed il rimedio dell’astensione (L. n. 241/1990);
- ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico (D.lgs. n. 39/2013);
- codici comportamentali;
- divieto di c.d. “pantouflage” o incompatibilità successiva alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, (**art.16 ter**, D.lgs. n. 165/2001);
- conferimento di incarichi extra istituzionali (**art. 53**, D.lgs. n. 165/2001).

### 7.2 Il “Conflitto di interessi” nelle commissioni di concorso

#### 7.2.1 Riferimenti giurisprudenziali

Per le commissioni di concorso valgono i principi generali di astensione e ricusazione del Giudice, in quanto connessi al trasparente e corretto esercizio delle funzioni pubbliche ed in particolare, l'**art. 11**, co. 1, del **D.P.R. n. 487/1994**, per cui *“I componenti [della commissione], presa visione dell’elenco dei partecipanti, sottoscrivono la dichiarazione che non sussistono situazioni di incompatibilità tra essi ed i concorrenti, ai sensi degli articoli 51 e 52 del codice di procedura civile”*.

Il componente della commissione concorsuale che si trovi in una situazione di incompatibilità prevista dal citato **art. 51 c.p.c.**, ha pertanto il dovere di astenersi dal compimento di atti riguardanti la procedura stessa e l’amministrazione ha l’obbligo di disporre la sostituzione del componente, per evitare che gli atti del procedimento risultino viziati.

L’obbligo di informazione/astensione del commissario è anche “dinamico”, dovendo lo stesso rivalutare la propria posizione al sopraggiungere di elementi nuovi e/o dopo aver preso visione della lista dei candidati alla procedura concorsuale.

## 7. Posizioni di “conflitto di interessi” e comportamenti etici

### 1) Rapporti lavorativi e/o professionali pregressi

- l'**appartenenza allo stesso ufficio** del candidato e il legame di subordinazione o di collaborazione tra i componenti della commissione e il candidato stesso non rientrano nelle ipotesi di astensione di cui all'**art. 51 c.p.c.** (Cons. Stato, sez. III, 28.4.2016, n. 1628, sez. V, 17.11.2014, n. 5618; sez. VI, 27.11. 2012, n. 4858);
- i **rapporti personali di colleganza o di collaborazione** tra alcuni componenti della commissione e determinati candidati non sono sufficienti a configurare un vizio della composizione della commissione stessa, non potendo le cause di incompatibilità previste dall'**art. 51** essere oggetto di estensione analogica, in assenza di ulteriori e specifici indicatori di una **situazione di particolare intensità e sistematicità**, tale da dar luogo ad un vero e proprio sodalizio professionale (Cons. Stato, sez. VI, 23.09.2014 n. 4789, TAR Piemonte, Torino, 16.05.2019, n. 601).

### 2) Attività di collaborazione scientifica e/o coautoraggio

- i c.d. “**coautoraggi**”, nell’ambito dei concorsi universitari, non comportano l’obbligo di astensione, non costituendo causa di incompatibilità la sussistenza di rapporti di collaborazione meramente intellettuale.
- l’obbligo di astensione sorge nell’ipotesi di comunanza d’interessi economici di intensità tale da far ingenerare il ragionevole dubbio che il candidato sia giudicato non in base alle risultanze oggettive della procedura, ma in virtù della conoscenza personale con il commissario (Cons. Stato, sez. VI, 26.1.2015, n. 327, sez. III, 28.4.2016, n. 1628, sez. VI, 29.8.2017, n. 4105, sez. VI, 13.12.2017, n. 5865; sez. VI, 24.8.2018, n. 5050, Sez. III, 17.01.2020, n. 420).

### 3) Sodalizio di interessi economici, di lavoro o professionali

- sussiste causa di incompatibilità – con conseguente obbligo di astensione – per il componente di una commissione, ove risulti dimostrato che fra lo stesso e un candidato esista un rapporto di natura professionale con reciproci interessi di carattere economico ed una **indubbia connotazione fiduciaria** (Cons. Stato, sez. VI, 31.5.2013, n. 3006; TAR Lazio, Roma, 21.2.2014, n. 2173).

### 4) casi specifici risolti dall’A.N.AC. per concorsi di personale con qualifica dirigenziale

- l’esistenza di contenziosi promossi dai candidati nei confronti dell’amministrazione non comporta, di per sé, l’automatico obbligo di astensione ..., ma la necessità di una valutazione della fattispecie concreta da parte dell’amministrazione, al fine di rilevare l’esistenza o l’assenza di una ipotesi di conflitto di interessi reale o potenziale, ai sensi degli **art. 6 e 7 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62**, per valutare, anche sotto il profilo dell’opportunità, la necessità dell’astensione;
- qualora il funzionario interessato sia indotto, per decisione autonoma o per decisione dell’amministrazione, ad astenersi dal procedimento, tale astensione deve essere completa, riguardando tutti gli atti del procedimento.

**L’A.N.AC. (Autorità Nazionale Anticorruzione)**, con **Delibera n. 25 del 15 gennaio 2020** “Indicazioni per la gestione di situazioni di conflitto di interessi a carico dei componenti delle commissioni giudicatrici di concorsi pubblici e dei componenti delle commissioni di gara per l’affidamento di contratti pubblici”(24), ha dichiarato che la gestione dei conflitti di interesse discende dalla necessità di dare attuazione al principio costituzionale del buon andamento e dell’imparzialità dell’azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) ed ha precisato che “**Secondo l’interpretazione data dalla giurisprudenza amministrativa, la situazione di conflitto di interessi si configura quando le decisioni che richiedono imparzialità di giudizio siano adottate da un soggetto che abbia, anche solo potenzialmente, interessi privati in contrasto con l’interesse pubblico alla cui cura è preposto. L’interesse privato che potrebbe porsi in contrasto con l’interesse pubblico**

## 7. Posizioni di “conflitto di interessi” e comportamenti etici

può essere di natura finanziaria, economica o dettato da particolari legami di parentela, affinità, convivenza o frequentazione abituale con i soggetti destinatari dell'azione amministrativa. Vanno, inoltre, considerate tutte quelle ipotesi residuali in cui ricorrano “**gravi ragioni di convenienza**” per cui è opportuno che il funzionario pubblico si astenga dall'esercizio della funzione amministrativa, al fine di evitare potenziali conseguenze quali il danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione nell'esercizio delle proprie funzioni”.

---

### 7.2.2 Conseguenze del mancato rispetto del dovere di astensione

L'A.N.AC. ricorda che, in caso di violazione del dovere di astensione, il dipendente incorre nelle seguenti responsabilità:

- **di tipo disciplinare, ex art. 16** del D.P.R. n. 62/2013, derivante dalla violazione del relativo obbligo previsto dalla legge, dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dai Codici di comportamento di ogni amministrazione o ente;
- **di tipo amministrativo-contabile** per inosservanza dolosa o gravemente colposa, di un obbligo di servizio, che cagioni all'amministrazione o alla stazione appaltante un danno oggetto di risarcimento;
- **di tipo penale** ai sensi dell'art. 323 c.p. per abuso di ufficio.

Ove il dipendente si trovi in situazione di *conflitto di interessi*, deve segnalarlo tempestivamente al dirigente o al superiore gerarchico o - in assenza di quest'ultimo - all'organo di indirizzo, che, esaminate le circostanze, valuta se la situazione rilevata realizzi un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo; in caso affermativo, ne verrà data comunicazione al dipendente e contestualmente, dovranno essere comunicate ed attuate le misure idonee a presidiare e arginare la situazione di conflitto.

---

## 7.3 Motivazioni etiche e precauzionali

Da quanto rilevato, sebbene per la giurisprudenza del settore la semplice conoscenza personale e/o l'instaurazione di rapporti lavorativi e/o accademici non sarebbero di per sé motivi di astensione, sorgono opportune riflessioni alla luce della richiamata Delibera A.N.AC. n. 25 del 15 gennaio 2020, secondo cui “... la situazione di conflitto di interessi si configura quando le decisioni che richiedono imparzialità di giudizio siano adottate da un soggetto che abbia, anche solo potenzialmente, interessi privati in contrasto con l'interesse pubblico...”, sottolineando che “Vanno, inoltre, considerate tutte quelle ipotesi residuali in cui ricorrano “**gravi ragioni di convenienza**” per cui è opportuno che il funzionario pubblico si astenga dall'esercizio della funzione amministrativa, al fine di evitare potenziali conseguenze quali il danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione nell'esercizio delle proprie funzioni”.

In tale contesto, la compromissione della “**imparzialità di giudizio**” e l'esistenza di “**ragioni di convenienza**” potrebbero ravvisarsi quando al Concorso è candidato un diretto collaboratore del Commissario (aiuto nella stessa U.O.C. di *Chirurgia Vascolare* che egli dirige), specie se suo sostituto fiduciario, condizione che già a priori potrebbe apparire incompatibile, mettendo a rischio la dovuta imparzialità di giudizio in funzione del potenziale conflitto di interessi e/o di “gravi ragioni di convenienza”, derivandone una situazione imbarazzante non solo per il Commissario, portato a giudicare un proprio diretto collaboratore ed a valutarne l'attività clinica e chirurgica svolta nel proprio reparto (onde, sia pure inconsapevolmente, potrebbe giudicare anche l'attività di se stesso), ma potrebbe mettere in difficoltà l'intera Commissione, ove portata, anche indirettamente, a valutare l'attività del reparto del suddetto Commissario, venendo inficiata l'imparzialità di giudizio richiesta nella P.A..



## 7. Posizioni di “conflitto di interessi” e comportamenti etici

Inoltre una tale evenienza, oltre a mettere a rischio l'imparzialità, la trasparenza e l'immagine della Pubblica Amministrazione, ove da chiunque rilevata, difficilmente potrebbe consentire l'Approvazione degli Atti Concorsuali da parte della Direzione Generale dell'*Azienda Sanitaria* sede del Concorso, esponendo al rischio di contenziosi legali, con ulteriori danni per la PA. e ritardi nella conclusione della procedura concorsuale, a scapito della conduzione del reparto di *Chirurgia Vascolare* sede di Concorso e dei servizi sanitari offerti alla collettività del territorio.

Pertanto, in caso di conflitto di interessi (anche solo potenziale) o ragioni di convenienza, appare preferibile evitare la partecipazione come Commissario ad un Concorso ed il soggetto in tale posizione dovrebbe rassegnare le **dimissioni motivate** da Commissario, invitare l'*Azienda Sanitaria* a provvedere alla sua immediata sostituzione e darne comunicazione al Collegio Nazionale (attesa la sua funzione di sorveglianza e garanzia).

## 8.

# Conclusioni

---

La gestione dei Concorsi nella P.A. è una tematica di grande importanza, che diventa ancor più rilevante in ambito sanitario, per le implicazioni non solo amministrative e legali, ma soprattutto di salute per il territorio di riferimento, ove ci si trova a selezionare il soggetto che dovrà dirigere una *Struttura Complessa di Chirurgia Vascolare* ed affrontare l'attività clinica e chirurgica in elezione e soprattutto in urgenza, ove un errore o anche un ritardo può essere fatale.

Ne è derivata la decisione del *Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Chirurgia Vascolare* di dotarsi di un "*Regolamento per la gestione dei Concorsi di Direttore di Struttura Complessa*", per offrire a tutti i Commissari le **Linee-Guida**, recanti anche la valutazione degli **aspetti legali ed etici** correlati e delle peculiarità da valorizzare nell'*Azienda Sanitaria* sede del concorso e nella specifica *struttura Ospedaliera*.

Il presente **Regolamento**, ovviamente **suscettibile di aggiornamenti e revisioni**, in funzione delle *evoluzioni legislative e sanitarie*, potrà consentire ai *Primari-Commissari* di svolgere la loro attività concorsuale con la massima serenità e adeguatezza e garantire ai *candidati* aspiranti a ricoprire il ruolo di *Direttore di Struttura Complessa* le premesse per una valutazione corretta ed imparziale, che privilegi il merito e le reali competenze tecniche e manageriali, nel rispetto della vision e della *mission* dell'*Azienda Sanitaria* di riferimento e del reparto di *Chirurgia Vascolare* da dirigere, per rispondere adeguatamente alle sempre crescenti esigenze in termini di *Gestione del Rischio Clinico* e di *sicurezza nelle cure*, coniugandole con quelle di *efficienza ed economicità* poste dal S.S.N. e con quelle di serenità invocata dai *pazienti-utenti* e da tutti gli operatori sanitari.

# 9.

## Bibliografia

---

- 1) **D.P.R. n. 128/1969** - “*Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*” (in G.U.R.I. – S. O. n.104 del 23/4/1969);
- 2) **D.P.R. n. 130/1969** - “*Stato giuridico dei dipendenti ospedalieri*” (in G.U.R.I. n.104 del 23/4/1969);
- 3) **D.P.R. n. 761/1979** - “*Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali*” (in G.U.R.I., S. O. n. 45 del 15 febbraio1980);
- 4) **D. L.vo n. 368/1999** – “*Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE*” (in G.U. .n.250 del 23.10.1999 - S. O. n. 187);
- 5) **D. L.vo n. 254/2000** , recante: “*Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l’attività libero-professionale dei dirigenti sanitari*” (in G.U.R.I. ,S. G., n. 213 del 12 settembre 2000, S.O. n. 149/L);
- 6) **D.P.R. n. 484/1997** - *Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l’accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l’accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale* (in G.U.R.I., S. O. n. 13 del 17 gennaio 1998);
- 7) **D. L.vo n. 502/1992**, recante: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*” (in G.U.R.I. n.305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137);
- 8) **D. L.vo n. 229/1999**, recante: “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’art.1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*” (in G.U.R.I., S.G., S. O. n. 132/L alla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999);
- 9) **CCNL 2016-2018 Dirigenza Medica** (Firmato presso la sede dell’Aran il 19 dicembre 2019, in vigore il 19/12/2019 (in G.U.R.I. S.O. S.G. n. 22 del 28/01/2020);
- 10) **Lo Bosco S., Ficarra S.L.** – “*Lo studio del rischio clinico e la riorganizzazione dell’Azienda Sanitaria per la riduzione degli eventi avversi*”- Norma-Quotidiano d’Informazione Giuridica- [www.extranet.dbi.it](http://www.extranet.dbi.it), 1-65, 2018.
- 11) **D.M. n. 70** del 02/04/2015 del Min. della Salute “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*” (in G.U.R.I. n.127 del 4.6.2015);
- 12) **D.M. n. 77** del 23 maggio 2022 - “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*”. (GURI Serie Generale n.144 del 22-6-2022);
- 13) **Legge n. 24** del 08 marzo 2017 (Gelli-Bianco) - *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie* (G.U. S.G. n. 64 del 17/03/2017);

## 9. Bibliografia

- 14) Decreto Interministeriale n. 68/015** – *“Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria”* (in GURI Serie Generale n.126 del 03-06-2015 - Suppl. Ordinario n. 25);
- 15) Decreto Interministeriale n. 402/2017** – *“Standard, requisiti e indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria”* (in GURI S.G. n.163 del 14-07-2017 - Suppl. Ord. n. 38);
- 16) Decreto Ministeriale Equipollenze 30 gennaio 1998** - *“Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l’accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale”* ed aggiorn. Decreti Min. Sanità del 22/01/1999 – 05/08/1999 – 02/08/2000 – 27/12/2000- 31/07/2002 – 18/01/2006 – 19/06/2006 – 06/11/2009;
- 17) Linee-Guida del Ministero della Salute** - *Requisiti strutturali e organizzativi per la Chirurgia Vascolare* (Quad. Min. Salute, 2010, 1, 87);
- 18) Collegio Nazionale dei Primari - Requisiti minimi strutturali e organizzativi per la Chirurgia Vascolare** –in: *Circ. Ass. Salute n° 35170* del 24/04/2015.
- 19) SICVE - Requisiti minimi strutturali e organizzativi per la Chirurgia Vascolare** – in: *Circ. Ass. Salute n°35170* del 24/04/2015.
- 20) L. 241/90** - *“Nuove norme sul procedimento amministrativo”* (in G.U. Serie Generale n.192 del 18-08-1990);
- 21) L. 189/2012** – *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*.(in GU n. 263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201).
- 22) L. 118/2022** - *Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021* (in G.U. n.188 del 12-8-2022);
- 23) L. 241/90** - *“Nuove norme sul procedimento amministrativo”* (in G.U. Serie Generale n.192 del 18-08-1990);
- 24) Delibera ANAC N. 25 del 15 gennaio 2020** - *Indicazioni per la gestione di situazioni di conflitto di interessi a carico dei componenti delle commissioni giudicatrici di concorsi pubblici e dei componenti delle commissioni di gara per l’affidamento di contratti pubblici.*