



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il Presidente

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
DEI MEDICI CHIRURGHI

AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI
PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO
DEGLI ODONTOIATRI
LORO SEDI

COMUNICAZIONE N.199

Egregi Presidenti,

nell'ottica del percorso di coinvolgimento che la FNOMCeO, in rappresentanza della Professione medica e odontoiatrica, ha visto concretizzarsi in questi mesi, non ultima, su invito del Presidente del Consiglio dei Ministri professor avv. Giuseppe Conte, la partecipazione insieme agli esponenti dei settori più rappresentativi del nostro contesto socio- economico agli "Stati generali dell'Economia" per il *Progetto Rilancio*, tenutisi lo scorso giugno, il Comitato Centrale si è impegnato anche alla luce dell'epidemia COVID 19 tuttora in corso, attraverso specifici Gruppi di approfondimento interni, a elaborare documenti di proposte di revisione dell'assistenza sanitaria su tre specifici ambiti di esercizio professionale ovvero la Medicina Territoriale, la Medicina Ospedaliera e la Libera Professione .

L'obiettivo è quello di predisporre un documento unitario della FNOMCeO con l'obiettivo di ridefinire le priorità di sviluppo del Paese, delineando il quadro dei possibili interventi finalizzati al miglioramento del S.S.N. e della nostra assistenza sanitaria da presentare alle competenti Autorità, quale contributo della Professione.

In tal senso si allegano i documenti, al momento approvati in Comitato Centrale, relativi alla Medicina Territoriale e alla Medicina Ospedaliera che costituiscono una traccia di lavoro, aperta alle implementazioni, alle proposte, alle modificazioni che dovessero provenire dagli OMCeO chiamati in causa a collaborare concretamente a quello che sarà il futuro del sistema assistenziale del nostro Paese.

Il documento in materia di Libera Professione è in fase di definizione e sarà licenziato e trasmesso a breve.

L'epidemia che stiamo tuttora tragicamente affrontando ha aperto scenari, disvelato criticità e carenze, evidenziato l'urgenza degli interventi.

Sono convinto che come medici e odontoiatri, attori imprescindibili, per competenze e formazione, di questa realtà, non dovremo perdere l'occasione di esprimerci, richiedendo puntualmente quanto riterremo necessario per orientare scelte, modificare percorsi, ridurre disfunzioni, attivare progettualità, rilanciare il confronto con gli interlocutori politici e sociali per realizzare l'ottimale livello della assistenza da assicurare ai cittadini.

Sono a sollecitarVi, quindi, quali Presidenti a formulare le proposte, a riguardo, che potranno così andare a integrare il lavoro, già avviato dal Comitato Centrale, definendo un progetto condiviso di riforma del S.S.N. e dell'assistenza sanitaria del Paese.

Cordiali saluti

Filippo Anelli

Allegati n. 2

Firmato digitalmente da

FILIPPO ANELLI

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U.445/2000 e del D.Lgs 82/2005

O = FNOMCEO
C = IT

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 – 00196 Roma – Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 – e-mail: presidenza@fnomceo.it – C.F. 02340010582



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

GRUPPO DI LAVORO COMITATO CENTRALE “CANTIERE PER LE RIFORME”

MEDICINA TERRITORIALE

L'organizzazione della sanità presenta nelle diverse Regioni diversi modelli organizzativi, tutti caratterizzati da una logica cosiddetta “a silos”, che rende difficile il lavoro in team e l'interazione tra i diversi professionisti e le diverse competenze.

Questa criticità, mai seriamente affrontata nei diversi processi di riforma a partire dalla legge 833/78, ha reso ancor più difficile organizzare l'attività di diversi professionisti distribuiti sul territorio. Il pensiero dominante è sempre stato quello di riproporre l'organizzazione dell'ospedale compreso il suo sviluppo gerarchico verticale e la sua organizzazione in dipartimenti, unità operative semplici o complesse che, se efficaci nell'ambito dell'acuzie complicata, mal si adattano a una presa in carico del cittadino e dei suoi bisogni socio-sanitari. Si è pensato di creare strutture territoriali che sono nient'altro che riproduzioni in scala ridotta di quanto propone un poliambulatorio ospedaliero cercando un coinvolgimento organizzativo, e non di competenze integrate, tra le figure sanitarie operanti. Questi modelli, lontani dai territori, che diminuiscono la prossimità, soprattutto nelle realtà più disperse del paese, hanno già dimostrato il proprio limite attribuendolo non alla inefficacia del modello organizzativo ma alla dimensione contrattuale, identificando nella dipendenza, in alternativa al convenzionamento, la chiave risolutiva. In realtà l'organizzazione territoriale potrà trovare il suo equilibrio nel momento in cui i sistemi si focalizzeranno non su modelli centrati sulla struttura, ma su modelli centrati sulle competenze, funzioni e relazioni dei diversi professionisti.

In tal senso, ferma restando la necessità di un riferimento definito a livello della catena delle responsabilità aziendali, riferimento da definire a seconda dei modelli regionali, ma più prossimo a un dipartimento di cure primarie - che coinvolge nei livelli direzionali i medici convenzionati - che a un distretto, l'organizzazione dovrà essere rafforzata rispetto alle modalità di lavoro più vicine alla realtà della popolazione, privilegiando un'integrazione tra le diverse figure professionali, più prossime per poter stabilire un reale rapporto fiduciario e che sia un riferimento diretto per i cittadini, definita nella sua unità di base che è quella del microteam.

Le realtà territoriali strutturate, come i poliambulatori distrettuali, le case della salute e altri modelli complessi multiprofessionali, rappresentano il luogo per l'erogazione di attività specialistiche e che necessitano di tecnologie sanitarie di secondo livello (radiologia, piccola chirurgia, etc).

Altre realtà territoriali quali le RSA o gli Ospedali di Comunità/Cure Intermedie ed Hospice sono strutture di gestione della fragilità, della non autosufficienza e della terminalità oncologica e non, la cui governance clinica è affidata ai medici di medicina generale per poter completare la presa in carico globale, sempre con il supporto del microteam, in questo caso allargato agli specialisti necessari per il piano assistenziale specifico del paziente.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

All'interno di tale modalità di lavoro diventa essenziale tener conto delle spinte motivazionali dei professionisti. Il medico di famiglia ha come proprio obiettivo lavorativo il rapporto continuativo con il cittadino, con il quale stabilisce un rapporto di fiducia, con un approccio mirato non alla semplice intercettazione dei problemi, ma al "problem solving". Il medico di medicina generale si rapporta con le altre figure professionali integrandosi con le loro specifiche competenze e autonomie. L'infermiere e l'assistente sanitario svolgono la funzione di "case manager" mentre al medico di medicina generale è attribuita la funzione di "clinical manager". Tale funzione può essere svolta con efficacia con un approccio che veda la presenza dell'infermiere e dell'assistente sanitario come componenti di un microteam insieme al medico. In tal senso il rapporto di convenzione comune per tutti i professionisti del team appare il più rispondente a questo modello di presa in carico basato sulla condivisione di azioni, obiettivi, risultati anche economici rafforzato dal rapporto di fiducia con i propri pazienti.

Lo specialista ambulatoriale interno deve integrarsi nel microteam, laddove possibile, in alcuni casi con presenze decentrate ambulatoriali e domiciliari, ordinariamente nei presidi territoriali, ma anche utilizzando gli strumenti di telemedicina, collaborando al telemonitoraggio e mettendo in campo una disponibilità non solo prestazionale, ma di presa in carico attraverso il rapporto continuativo "a tre" con il paziente e il suo medico di medicina generale.

Il territorio, nel servizio sanitario, è organizzato in un peculiare sistema delle cure primarie, area dove operano il medico di famiglia, il pediatra di libera scelta, il medico di continuità assistenziale, lo specialista ambulatoriale interno e l'infermiere, organicamente e strettamente integrati con i servizi sociali e assistenziali dei Comuni, anche queste figure dovrebbero essere integrate nei microteam. La rete territoriale comprende e integra le attività del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria e in prospettiva le attività di medicina scolastica.

Il medico di medicina generale: stato giuridico e suoi rapporti con il sistema sanitario nazionale

Il MMG è un libero professionista convenzionato, che fonda la sua attività sul rapporto fiduciario con il cittadino, che lo sceglie liberamente e opera, garantendo un'offerta omogenea su tutto il territorio, in modo strettamente integrato con le altre componenti del SSN.

La rete della medicina di famiglia e della pediatria di libera scelta deve avere caratteristiche di omogeneità erogativa. Tale omogeneità deve essere garantita dagli accordi collettivi nazionali e dagli accordi integrativi regionali, che devono assumere, quanto a tipologia delle attività da garantire, caratteristiche di cogenza omogenea. Essendo la messa a disposizione degli strumenti professionali e del personale di studio a carico del medico, la valutazione deve avvenire secondo una logica di definiti standard qualitativi, con indicatori mirati alle specifiche caratteristiche dell'attività svolta, tenendo conto delle specificità delle diverse aree e realtà sociali e geografiche.

Il macro riferimento interno all'Azienda sanitaria è il Dipartimento di cure Primarie.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il MMG opera in una Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) corrispondente ad un ambito di 30.000 abitanti (fino a 50.000 nelle aree ad elevata densità abitativa). L'AFT è coordinata da uno dei MMG della AFT stessa, scelto dai colleghi con una modalità da definire.

L'AFT si coordina con tutti i Dipartimenti, con le Direzioni sanitarie e con le realtà sociali e sanitarie locali, in particolare con i Comuni.

Nell'ambito delle AFT dovranno essere incentivati la dotazione di personale anche amministrativo e studi di medicina di gruppo, che garantiscano direttamente o con modalità di telemedicina prestazioni diagnostiche di base, all'interno di standard qualitativi definiti.

I MMG, sulla base di quanto previsto dall'ACN e dagli AIR assicurano in modo omogeneo, con modalità aderenti alle realtà locali, in termini di sostenibilità e di organizzazione,

- Una reperibilità a distanza che consenta di garantire una copertura del servizio h12, secondo turnazioni definite all'interno dell'AFT, mirata a garantire ai cittadini, nel rispetto del rapporto di fiducia con il singolo professionista, le prestazioni ritenute indifferibili.
- Un adeguato orario di apertura degli studi, individuali o di gruppo, secondo quanto definito dagli AIR.
- Una gestione della cronicità utilizzando anche idonee piattaforme informatiche interfacciate con sistemi di monitoraggio e rilevazione dei parametri clinici da remoto che integrino i sistemi informativi regionali.
- Prestazioni diagnostiche di primo livello necessarie al completamento dell'iter diagnostico attraverso la dotazione dei necessari dispositivi.
- L'attività di telemedicina e di teleconsulto, all'interno di percorsi di cura della cronicità e nell'ambito dell'organizzazione dell'AFT, con l'utilizzo di idonee piattaforme informatiche, interfacciate con i sistemi informativi regionali.
- le attività di igiene e sanità pubblica di competenza e secondo modalità che garantiscano la sicurezza degli operatori sanitari e degli altri pazienti, in collaborazione con i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione delle Aziende sanitarie, con particolare riguardo alle attività di screening, all'attività vaccinale e alla prima attivazione dell'isolamento di casi e contatti a rischio contagio.

La riorganizzazione del territorio, infine, passa anche e soprattutto dal riconoscimento della MG quale disciplina specialistica a tutti gli effetti.

Continuità assistenziale

La sua organizzazione andrà demandata alle AFT in accordo con il Dipartimento di Cure Primarie, prevedendo la rimodulazione dei compiti e delle funzioni dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria all'interno dei microteam. Sarà gradualmente introdotta, sulla base delle necessità assistenziali e dei modelli organizzativi locali, anche l'effettuazione di attività diurna, finanziata attraverso la rimodulazione degli orari di attività e attraverso le risorse precedentemente investite per le USCA.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

USCA

Le USCA hanno una caratteristica di temporaneità, che non può surrogare l'attività domiciliare dei medici di medicina generale, attività destinata a riprendere pur con interventi di razionalizzazione (telemonitoraggio) e fornitura dei DPI direttamente o indirettamente, supportando l'acquisto con stanziamenti a titolo di concorso alle spese, agevolazioni, garanzie di buon esito degli ordini effettuati. L'esperienza maturata dalle USCA ha reso evidenti i vantaggi di una riorganizzazione dell'attività diurna che prevede l'integrazione tra medici di medicina generale del ruolo unico con funzioni differenti ma complementari; ha inoltre stanziato risorse che potranno essere riassorbite per le progettualità di prevenzione e gestione della cronicità e fragilità nell'ambito delle AFT e del microteam.

Ospedali di comunità, Hospice ed RSA

Andrà reso effettivo il coinvolgimento, già previsto dalla legge, dei MMG, nell'ambito di ospedali di comunità per le cosiddette cure intermedie nonché negli Hospice e nelle RSA, avuto riguardo alla necessità di una prossimità operativa rispetto all'AFT di competenza.

Ricambio generazionale

La scarsa disponibilità di MMG, dotati dei requisiti professionali necessari allo svolgimento dell'attività e l'importante ricambio generazionale in atto devono far prevedere un adeguamento degli accessi e delle relative borse di studio al corso di formazione specifica in medicina generale, tuttora insufficienti, da decidere in accordo con la FNOMCeO sulla base di un'accurata programmazione di demografia professionale. Andranno equiparati i contenuti economici delle borse di studio a quelli previste per le specialità universitarie, anche attraverso meccanismi retributivi legati all'inserimento in convenzione dei medici del corso di formazione specifica in medicina generale, compatibilmente con le esigenze dell'attività didattica e a integrazione della stessa. Anche in questo caso, tuttavia, nel breve termine sarà impossibile, in alcune aree del territorio nazionale, garantire il mantenimento dell'attuale rapporto ottimale e dell'attuale massimale di scelte. In tal senso sarà necessario provvedere, oltre ad un aumento del massimale con modalità da definire, al sostegno dell'attività dei MMG con interventi intesi a sgravarli da compiti impropri, alcuni tipici della professionalità infermieristica, altri di tipo amministrativo, affidabili a specifico personale o eliminabili con interventi di semplificazione normativa. Infine è opportuno che l'ingresso nelle medicine di gruppo delle AFT e la modalità di lavoro in microteam sia possibile fin dall'accesso alla convenzione, al fine di non svilire le prospettive professionali dei nuovi MMG.

Vanno inoltre segnalate alcune importanti criticità

È necessario affrontare e risolvere (prevedendo frequenti momenti di confronto con i professionisti) le criticità del sistema informativo sociosanitario, che rappresenta un elemento di essenziale importanza nello sviluppo delle cure primarie e della connessione con i vari comparti del servizio



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

sanitario. Sono state più volte segnalate le disfunzioni che vanno a minare l'efficienza dell'attività dei medici, a scapito del tempo dedicato alla cura, all'ascolto e al sostegno degli assistiti, oltre a compromettere i processi di rilascio delle ricette dematerializzate e in generale tutti i processi di interfaccia tra gli attori del sistema.

Le diverse progettualità delle Regioni hanno variamente declinato le caratteristiche delle strutture erogative sul territorio, quali strutture distrettuali, case della salute, etc., che dovrebbero rappresentare punti di riferimento visibili, sia per i cittadini che per i professionisti. A parte alcune realizzazioni di eccellenza, peraltro sporadiche, il trasferimento anche solo di una parte dell'attività dei medici di medicina generale all'interno di tali strutture, anche laddove concordata, è stata problematica, per molteplici ragioni. Tra queste, oltre all'allontanamento dalle periferie del territorio, va segnalato il fatto che si sono identificate spesso strutture ospedaliere o distrettuali dismesse o da riconvertire, adeguate all'offerta di alcune attività sociosanitarie, ma non in grado di rappresentare un riferimento logisticamente adeguato per l'utenza dei medici di famiglia.

A nostro avviso, la presenza sul territorio di studi di MMG sia singoli che in gruppo, ma collegati in reti informatiche, potrebbe rendere possibile quanto meno la sperimentazione di spazi erogativi all'interno di tali siti, garantendo agli assistiti un punto di accesso e di riferimento noto e comodo e mantenendo l'offerta assistenziale anche nelle aree disperse. Si potrebbero sviluppare e sperimentare appositi modelli di gestione, trasferendo in tali spazi sportelli sociosanitari, punti ADI, punti prelievo, ambulatori di telemedicina, attività consultoriali, e sportelli di centri servizi per la presa in carico della cronicità.

All'interno di tali spazi potrebbero essere sviluppate attività di specialistica ambulatoriale interna, organizzata in modo analogo in AFT e in grado di garantire un servizio di prossimità e di supportare anche le attività di telemedicina e di teleconsulto.

Per quanto attiene all'attuazione del piano nazionale della cronicità il MMG/PLS è il "clinical manager", lo specialista ambulatoriale è il supporto erogativo di prossimità, mentre l'infermiere è il "case manager".

Relativamente alla gestione della cronicità, va ricordato, anche sulla base di esperienze regionali, come un investimento in call center e centri servizi, pure utile e necessario, non possa surrogare la carenza di personale amministrativo e di infermieri all'interno degli studi dei MMG, ancor più nella attuale situazione di perdurante emergenza.

In tal senso, all'interno di studi di medicina di famiglia organizzati e dotati di personale devono realizzarsi, oltre alla gestione della cronicità, anche attività di prevenzione primaria e di medicina d'iniziativa e devono concretizzarsi, in autentica vicinanza con i cittadini, strategie di prevenzione vaccinale.

È quindi necessario che l'infermiere di famiglia si collochi in modo strategico non in strutture lontane dalla quotidianità degli assistiti, bensì in rapporto con le AFT, in modo integrato con i medici di famiglia, per realizzare un'autentica équipe multiprofessionale (microteam) realmente raggiungibile e disponibile.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

La telemedicina deve garantire i massimi livelli di qualità sia nella refertazione degli accertamenti che nella loro esecuzione e deve essere utilizzata in modo appropriato, all'interno di percorsi diagnostico terapeutici definiti. La specialistica ambulatoriale può essere pienamente integrata in tali percorsi, anche superando la logica meramente prestazionale.

La Medicina Scolastica, organizzata e gestita da MMG/PLS può essere presidio importante di prevenzione ed educazione sanitaria.

La MG deve essere costantemente collegata, dal punto di vista del continuo scambio di informazioni e dello svolgersi di alcune prestazioni predefinite, con l'Igiene e la Sanità pubblica territoriali.

Le Equipe Specialistiche Territoriali

È necessario implementare un modello di assistenza specialistica territoriale che possa superare il paradigma strettamente prestazionale, garantire il lavoro in equipe e rispondere alle crescenti necessità specialistiche di presa in carico del paziente nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, senza ricorrere alle risorse ospedaliere e porre le basi per futuri modelli di gestione territoriale del paziente anziano e cronico.

La complessità assistenziale di questi pazienti non può più infatti essere oggi affidata al singolo professionista, ma deve essere affidata ad una rete assistenziale territoriale di professionisti, funzionalmente articolabile e modulabile sulla base dei diversi livelli ed intensità dei bisogni assistenziali.

La componente specialistica di tale modello potrà essere garantita dalla costituzione di team multispecialistici e multidisciplinari ("Equipe Specialistiche Territoriali") di riferimento per uno specifico bacino di popolazione distrettuale (stimabile in circa 90-120.000 persone), salvo diverse esigenze legate alla tipologia e alle caratteristiche del territorio, e dedicati sia all'assistenza specialistica dei pazienti cronici ed anziani nell'ambito delle cure primarie ed intermedie, compresi i contesti domiciliari e residenziali sia all'intervento specialistico in situazione di acuzie di bassa e media intensità assistenziale.

La disponibilità di un tale livello assistenziale, integrato con le forme organizzative delle altre professionalità territoriali, (micro-team dei MMG/PLS, infermieri di famiglia, fisioterapisti, etc.) consentirebbe per questa tipologia di pazienti, ad esempio, la riduzione del tasso di ospedalizzazione e degli accessi in DEA, nonché il contenimento dell'inappropriatezza delle prestazioni.

L'operatività di un'equipe specialistica territoriale permetterebbe infatti la gestione dei pazienti differenziata secondo specifiche aree di intensità assistenziale, dalle "acuzie semplici" alla terminalità, attraverso la collaborazione con tutte le altre professionalità, ognuna secondo le proprie competenze, promuovendo il criterio della prossimità, in un lavoro condiviso in grado di tutelare realmente la salute dei cittadini vicino al luogo dove vivono e lavorano.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

In armonia con quanto previsto dal *Chronic Care Model*, l'organizzazione proposta prevede in particolare la presa in carico ed il supporto specialistico, sulla base di un definito sistema di stratificazione statistico-epidemiologica dei pazienti cronici del bacino di riferimento, secondo le seguenti articolazioni:

- a) un'area per la gestione di uno strato della popolazione “sana o apparentemente sana” con un'attività di prevenzione, educazione e promozione della salute, a carico principalmente del Micro-team della MMG/PLS, con la gestione delle cosiddette “acuzie semplici” attraverso una attività consulenziale da parte dello Specialista Ambulatoriale Interno, presso lo studio MMG, ambulatori o il domicilio,
- b) un'area di presa in carico delle cronicità “semplici” sulla base di PDTA di tipo specialistico territoriale attuabile sempre presso lo studio MMG/PLS, ambulatori o il domicilio,
- c) un'area della gestione della cronicità “complessa” di tipo prettamente specialistico territoriale per la gestione di pazienti complessi (cardiopatici, pneumopatici, neurologici, diabetici, ecc.) sul territorio che non richiedano di ricovero e gestibile nell'ambito dei percorsi strutturati di Cure Domiciliari, in RSA, ambulatori, presso Centri/Nuclei di Cure Intermedie e infine
- d) un'area avanzata per casi gravi, terminali di cure palliative presso il domicilio (ADI/UOCP) Hospice, RSA o Nuclei dedicati (SLA, Alzheimer, ecc.)

Lo strumento elettivo per la realizzazione della presa in carico secondo tale modello è costituito dal Piano Assistenziale Individuale (PAI) elaborato dal MMG/PLS con l'apporto delle necessarie consulenze specialistiche, monitorato individualmente e rimodulato secondo le necessità e le modalità evolutive del paziente, con il supporto degli adeguati mezzi tecnologico-digitali (electronic health records e telemedicina) particolarmente per le aree disagiate del Paese.

Appare dunque necessario pensare ad una sanità territoriale “nuova”, ispirata ad una *vision* in grado di rispondere alla domanda di salute presente e futura del Paese, che possa essere realmente integrata da un punto di vista organizzativo sia al suo interno sia con le strutture ed equipe ospedaliere e che possa essere in grado di valorizzare le specificità di tutti i suoi attori, pur nelle diverse peculiarità, al fine di rispondere al crescente bisogno di salute della popolazione nel nostro Paese.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

GRUPPO DI LAVORO COMITATO CENTRALE “CANTIERE PER LE RIFORME”

MEDICINA OSPEDALIERA

PREMESSA

La grave pandemia che ha colpito il nostro Paese, e in particolare alcune regioni del nord, ha messo a nudo le criticità del SSN, nonostante l'immediata risposta ai bisogni di cura da parte dei professionisti e delle strutture ospedaliere. Una sorta di stress test ha fatto emergere i punti deboli di cui troppo spesso si è discusso senza trovare soluzioni coerenti con i bisogni dei cittadini e degli operatori sanitari.

Senza ripercorrere le tappe che hanno portato ad un lento declino della sanità italiana oggi appare utile evidenziare gli assi portanti di un nuovo modello

1. FINANZIAMENTO DEL SSN: la sanità italiana “sconta”, nei confronti con i partners europei, un evidente sottofinanziamento che negli ultimi anni ha contribuito ad aumentare, anche per effetto del regionalismo introdotto con la modifica della costituzione e della corsa alla sua variante di autonomia differenziata, le disuguaglianze tra cittadini nell'accesso alle cure. Nessun piano di ristrutturazione “stabile” del SSN potrà realizzarsi senza un contestuale ed adeguato finanziamento che ne riconosca il carattere di investimento e non di pura spesa, attraverso interventi ordinari, come promesso da più parti, e “straordinari” attraverso l'accesso ai fondi MES o altri fondi immediatamente disponibili. Finanziamento che comunque produca una revisione nella modalità di ripartizione del FSN sia tra i LEA che tra le regioni, che consideri il coefficiente di deprivazione, che espliciti, “a monte” e non “a valle”, il reale assorbimento dei vari fattori produttivi evitando di ricomprenderli tutti in modalità indifferenziata. In questi anni i costi esponenziali delle tecnologie o dei farmaci innovativi, non sufficientemente finanziati, hanno, di fatto, fortemente penalizzato il personale sanitario, dalle assunzioni alle retribuzioni. Appare indispensabile finanziare in misura adeguata, anche rispetto alle emergenti esigenze pandemiche, il Piano della Prevenzione e il Piano delle Cronicità, nonché gli stessi LEA, sia per ampliare l'offerta che per ridurre le attuali disuguaglianze in un contesto sociale particolarmente drammatico per il nostro Paese. Un finanziamento straordinario dovrà poi, essere destinato all'ammodernamento tecnologico anche nell'ottica della telemedicina e dell'intelligenza artificiale come supporto alla professione del medico, alla edilizia e rimodulazione degli ospedali secondo un modello di flessibilità degli spazi e dei tempi, l'implementazione della organizzazione per reti, capace di assicurare anche la sicurezza rispetto al pericolo sismico esistente nella maggioranza delle regioni, l'istituzione di percorsi differenziati per patologia.

2. ASSETTI ISTITUZIONALI: la modifica del Titolo V della Costituzione, in un contesto di sanità declinata in “silos” (pubblico/privato, ospedale/territorio, dipendenza/convenzionata, autonomie regionali aziendali, ecc.), ha legittimato da parte delle Regioni l'adozione di propri modelli organizzativi, spesso autoreferenziali, che sono intervenuti sulla contrattualistica del personale, sui livelli di responsabilità e di assistenza, sull'offerta sanitaria, sull'accessibilità

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

alle cure, per riflettersi sulla stessa aspettativa di vita e sulla esigibilità del diritto alla salute dei propri cittadini. Non esiste un modello unico nazionale di medicina del territorio, come non esiste un sistema integrato di emergenza e urgenza su base nazionale, o un modello di ospedale integrato alla rete territoriale. Questo federalismo ha fallito come la stessa esperienza covid ha dimostrato, non solo in Italia, e non darà risultati migliori nella variante moderna della autonomia differenziata che alcune Regioni, di diverso colore politico, da tempo stanno inseguendo

3. **GOVERNANCE DEL SISTEMA:** l'aziendalismo introdotto in sanità con il dlgs 502/1992 è da tempo arrivato al capolinea e le aziende sanitarie sopravvivono come finzioni giuridiche. Occorre superare la attuale supremazia del "profitto", inteso come sistema di pagamento prospettico (vedi DRG) nonché l'intrinseco primato dei conti sui valori professionali nella amnesia della mission di tutela della salute dei cittadini. La governance non può essere monocratica ed assolutistica, ma deve riconoscere ai medici un ruolo centrale nei processi clinico-assistenziali e nella organizzazione strutturale, anche ai fini di migliorarne la appropriatezza e garantirne la sostenibilità economica e sociale. Al Ministero della Salute spetta il ruolo centrale di valorizzazione del professionista che gli è affidato e di programmazione e verifica delle attività sanitarie che assicuri universalità, equità e parità di accesso alle cure su tutto il territorio nazionale.
4. **STATO GIURIDICO E MODELLO CONTRATTUALE:** l'attuale organizzazione del lavoro è strutturata sulla base di "silos" che prevedono una frammentazione della professione medica tra differenti contratti di lavoro e stati giuridici. Il carattere intellettuale della prestazione medica esige un professionista autonomo e responsabile in attività fondamentali quali la diagnosi e la terapia. La qualità professionale deve essere garantita da contratti regolari evitando ogni forma di ricorso al precariato. Nel corso degli anni, tuttavia, l'alveo dell'autonomia, soprattutto per il medico dipendente, è stato progressivamente limitato, sia per effetto della medicina amministrata che del prevalere delle logiche proprie del pubblico impiego. La cattiva programmazione del percorso di accesso dei medici al SSN, la mancanza di una vera carriera professionale, gli inaccettabili tempi per l'espletamento dei concorsi, l'inadeguatezza delle risorse per il giusto riconoscimento economico del lavoro del medico e le forti pressioni sui processi anche di natura strettamente professionale, hanno indotto ad una fuga, verso il privato e l'estero, dei giovani medici e, verso la pensione, dei medici più anziani. Una riforma del nostro SSN non può che partire dai valori della professione e dal ruolo del medico nella diretta gestione degli strumenti di governo clinico delle attività, in un'ottica che ne riconosca la specificità ed un ruolo di "dirigente speciale" all'interno del sistema pubblico, con diritto/dovere di manifestare liberamente, nel rispetto dei ruoli e delle istituzioni, le proprie opinioni. Ne consegue un nuovo sistema di relazioni sindacali che preveda il passaggio dei contratti della sanità al Ministero della Salute, di concerto con le Regioni, e l'istituzione di un'Agenzia quale controparte unica per tutti i professionisti della salute con l'individuazione di alcuni istituti comuni alle categorie da trattare allo stesso tavolo negoziale. Da considerare poi il mantenimento del diritto del medico ad esercitare la libera professione intramoenia anche a tutela della libera scelta del cittadino oltre che essere un importante supporto economico alle aziende.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

- 5. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA:** il sistema di finanziamento dei LEA e, soprattutto, il sistema di verifica per gli adempimenti LEA, oggi basata solo su atti burocratici, va rivisto. Gli attuali LEA sono sottofinanziati ed il rimborso a DRG non adeguato al reale valore economico della prestazione; solo poche regioni riescono a garantire, con proprie risorse prestazioni aggiuntive, il che determina una crescita della spesa out of pocket dei cittadini e del secondo pilastro rappresentato dalla sanità integrativa, indotta a surrogare le mancate prestazioni al punto da diventare, di fatto, sanità sostitutiva. I nuovi LEA devono prevedere:
- **PREVENZIONE:** potenziamento degli investimenti, non solo destinati all'area Covid, ma finalizzati a concrete linee di intervento in ambito di prevenzione primaria, secondaria e terziaria secondo un'ottica di continuità "circolare" tra territorio ed ospedale.
 - **OSPEDALE:** revisione del DM 70/15 in riferimento alla rete ospedaliera che deve essere contestuale ad una reale riorganizzazione del territorio. I cosiddetti "colli di bottiglia" nei ricoveri e nelle dimissioni devono essere eradicati attraverso una efficiente politica sanitaria del territorio ed un nuovo modello di organizzazione dell'ospedale che non può essere quello per aree omogenee o per intensità di cure che, di fatto, mirano solo ad un contenimento dei costi. Occorre implementare un modello di ospedale flessibile, dotato di un numero di posti letto per mille abitanti in media con i paesi europei, costantemente modulabile rispetto alle possibili emergenze o alle esigenze epidemiologiche o logistiche di volta in volta necessarie.
 - **TERRITORIO:** il finanziamento del Piano delle Cronicità assume una valenza prioritaria, unitamente ad una revisione della rete territoriale uniforme su tutto il territorio nazionale. Necessario una efficiente monitoraggio della spesa sanitaria attraverso la definizione di costi e di prestazioni standard. Nonché la aggregazione di competenze professionali necessaria per trattare patologie croniche multifattoriali, che richiedono tecnologia e organizzazione complesse da attivare in prossimità ai luoghi di vita e di lavoro del cittadino.
 - **EMERGENZA-URGENZA:** un 4° livello di assistenza, cui dedicare 1% FSN, deve essere rappresentato dall'Area dell'Emergenza-Urgenza, attualmente popolata da figure giuridicamente diverse come medici dipendenti, convenzionati e liberi professionisti, con scarse tutele e sottopagati. Con l'obiettivo di creare una rete unica tra ospedale e territorio con un ruolo unico nella dipendenza per chi svolge lo stesso lavoro, a garanzia della qualità professionale, del rispetto della qualità della vita del personale, dell'adeguato riposo e con una remunerazione rispettosa dei rischi e della particolare tipologia delle prestazioni.
- 6. FORMAZIONE:** l'accesso al corso di Laurea Magistrale deve essere in correlazione con il numero di contratti di Specializzazione e di borse di studio per il Triennio formativo in Medicina Generale, con progressivo riassorbimento dei laureati cui negli anni scorsi è stato precluso il completamento del percorso formativo. Occorre tenere conto del fabbisogno di medici specialisti, considerando che saranno circa 50.000 i medici che nei prossimi anni che devono essere sostituiti per mantenere un costante livello di assistenza, evitando una riedizione della pleora medica che svaluti il capitale formativo. Indispensabile anticipare



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro attraverso contratti, a tempo determinato ma collegati al CCNL della dirigenza medica, nei primi o negli ultimi anni del percorso formativo post-laurea.

7. **RESPONSABILITA' PROFESSIONALE:** insieme con un provvedimento ad hoc che limiti la responsabilità professionale nel periodo emergenziale ai soli casi di dolo, occorre una riforma complessiva che segni il passaggio ad un “ sistema no fault”, vigente in Scandinavia ed in Francia, con diritto del cittadino all'indennizzo in caso di evento avverso con responsabilità cliniche riconosciute evitando la trappola del risarcimento che richiede la individuazione di una colpa e di un colpevole. Insieme con Polonia e Messico l'Italia è infatti, uno dei pochi paesi a prevedere un profilo penale della responsabilità medica.
8. **FEMMINILIZZAZIONE DELLA PROFESSIONE:** la transizione di genere in corso tra i medici richiede un adeguamento dei modelli organizzativi per riconoscere differenti tempi di vita da conciliare con differenti tempi di lavoro. Implementando idonei strumenti contrattuali di welfare a tutela delle donne medico e a garanzia delle loro progressioni di carriera.