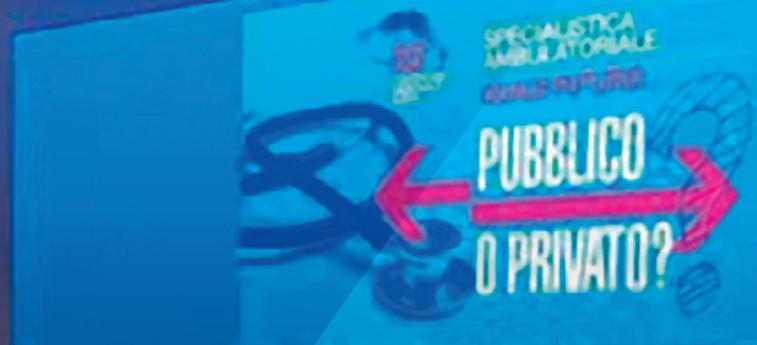


medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

ANNO XXIII
NUMERO 4 | 2023
TRIMESTRALE



Publicco o Privato?

55°

CONGRESSO
NAZIONALE
SUMAI

Le conclusioni dal congresso Sumai:

- colmare il gap retributivo
- meno burocrazia,
- maggiore tutela e considerazione per i professionisti della salute

medical
network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Coordinatore editoriale

Stefano Simoni

Hanno collaborato

Giuseppe Nielfi,
Stefano Simoni,
Luigi Sodano

Editore

Sumai - Viale di Villa Massimo, 47 - Roma
Tel. 06.232912 E-mail sumai@sumaiweb.it



Registrazione al Tribunale di Roma
n.446 del 22.10.2001 Roma

Diritto alla riservatezza:

"Medical Network" garantisce la massima
riservatezza dei dati forniti dagli abbonati
nel rispetto della legge 675/96

Progetto grafico e impaginazione

Giancarlo D'Orsi

Chiuso in redazione nel mese di dicembre 2023

Specialistica ambulatoriale futuro e opportunità

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof

Care colleghe e cari colleghi

“nel mezzo delle difficoltà nascono le opportunità” questa frase di Albert Einstein mi è tornata in mente in questi giorni in cui la categoria dei medici sta vivendo momenti di grande complessità, smarrimento, incertezza per il futuro. Tutti gli errori compiuti negli ultimi 10/15 anni in sanità stanno venendo al pettine a partire dall’errata programmazione sul fabbisogno di professionisti. Le politiche centrate solo sui tagli di spesa senza pensare all’efficientamento del sistema stanno producendo effetti nefasti sul Ssn e a caduta sul Paese.

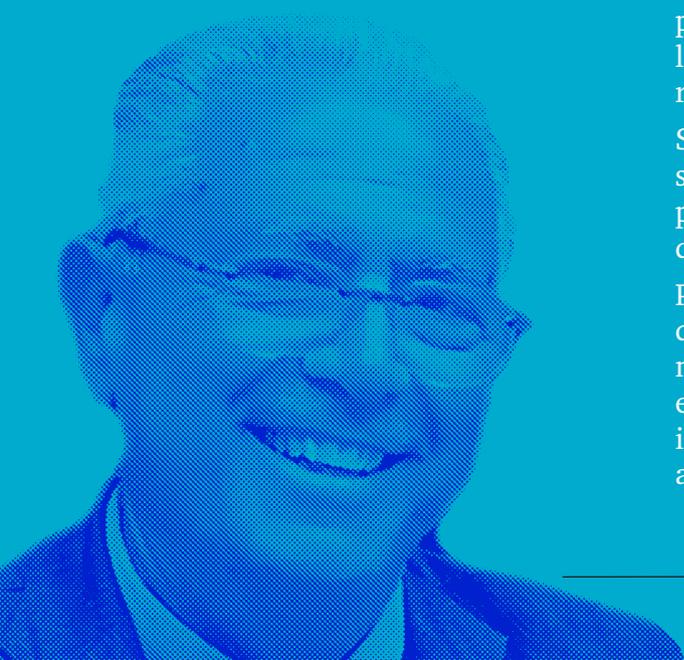
Nonostante Confindustria fece una valutazione per cui la filiera della salute vale circa l’11% del Pil aggiungendo che la sanità è da considerare “uno dei più importanti driver della nostra economia”, l’approccio ragionieristico ha continuato a prevalere con i risultati che abbiamo sotto gli occhi.

Poche settimane fa parlando ad un gruppo di giovani specialisti ambulatoriali incontrati all’interno delle manifestazione “Welfair, la nuova fiera del fare Sanità”, mi sono sentito di rassicurarli dicendo loro che le prospettive per chi entrerà nel Ssn a breve saranno sicuramente migliori.

Riconosco che queste parole, alla luce delle considerazioni di contesto che ho appena scritto poche righe sopra, possano suonare utopiche. Eppure, in prospettiva, ritengo che in Italia per i futuri colleghi ci saranno stipendi migliori, sicuramente adeguati e un’organizzazione sanitaria più snella ed efficiente e per questo ho suggerito e continuo a suggerire ai giovani che iniziano il loro percorso nel Servizio sanitario nazionale di non mollare perché le prospettive nel medio periodo saranno sicuramente più rosee rispetto alle attuali.

Sono convinto che la situazione cambierà e lo farà in positivo sia semplificando le modalità di accesso sia rendendo il professionista più professionista e meno impiegato grazie ad un’organizzazione del servizio più agile e meno burocratica.

Perché ciò accada due sono gli elementi fondamentali: il ruolo del Sindacato, del SUMAI quindi, che deve crescere in termini numerici per avere la forza necessaria di tutelare i propri iscritti e la politica che dovrà legiferare e programmare in maniera intelligente perché, lo sappiamo, le cose da sole non migliorano anzi se lasciate andare spesso peggiorano.



LA RELAZIONE DEL SEGRETARIO



La sanità pubblica dal 2025 rischia di saltare

Tra due anni usciranno dal Ssn 39mila medici.

A breve migliaia di medici usciranno dal Sistema.

Le cause? Sono diverse: dimissioni volontarie, pensionamenti, concorsi pubblici evasi, passaggi verso il privato, le cooperative o l'estero.

Questa la preoccupazione sottolineata dal segretario generale del SUMAI Assoprof, Antonio Magi, che dopo l'allarme ha cercato anche di offrire soluzioni

A cura
della Redazione

Con la relazione del segretario generale Antonio Magi si sono aperti i lavori del 55° Congresso Nazionale del SUMAI Assoprof che anche quest'anno si è svolto a Roma. Magi ha individuato quelle che dal suo punto di vista sono le principali criticità del sistema: invecchiamento demografico, finanziamento del SSN, carenza di personale e retribuzione del personale cercando in un'ottica propositiva di suggerire anche soluzioni.

“È nostra intenzione focalizzare i lavori congressuali su un argomento di

grande attualità: Il futuro della Sanità Italiana infatti, *Specialistica Ambulatoriale quale futuro: pubblico o privato?* è il titolo del 55 Congresso Nazionale. L'assenza di reali e concrete politiche per il personale e le scarsissime risorse economiche messe a disposizione come potranno attuare la Missione 6 del PNRR? Oggi ci troviamo davanti ad una generalizzata carenza di medici specialisti disposti a lavorare per il nostro SSN”. Questo il primo punto sottolineato dal segretario del SUMAI.



LA RELAZIONE DEL SEGRETARIO

Territorio desertificato

“Le scelte fatte finora ci stanno portando ad un bivio: Sanità pubblica o Sanità privata?”

Se la sanità virerà verso il privato questa scelta comporterà per gli italiani maggiori costi a causa delle regole di un mercato spietato fatto solo di profitto. Ciò significa addio all’universalismo, all’equità e all’uguaglianza dei cittadini davanti alla malattia. Una sanità pubblica debole porterà infatti costi elevati in termini di salute e questo inciderà inevitabilmente sul sistema produttivo per giornate di lavoro perse costando al nostro Paese molti punti di PIL.

“Già oggi – ha proseguito Magi – vediamo un territorio desertificato ridotto, di fatto, nei numeri delle sue figure principali: medici specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. In più stiamo assistendo ad un ospedale che si sta svuotando.

La desertificazione della sanità sta portando all’estinzione del profes-

sionista del SSN.

Nel corso degli anni, infatti, a causa di scellerate scelte politiche, il territorio non è più riuscito a soddisfare efficacemente i bisogni della gente costringendo i pazienti ad andare sempre più in ospedale invece di curarsi a casa o ambulatorialmente. La ridotta offerta specialistica sul territorio, con meno ore nei poliambulatori, è uno dei principali motivi che ha generato liste d’attesa interminabili insieme alla medicina difensiva e alla domanda crescente di salute delle persone.

Sanità sottofinanziata, differenziata, diseguale

“Purtroppo il modello sanitario pubblico, istituito con la 833 del 1978, ha vissuto numerosi cambiamenti. Il risultato di questi cambiamenti lo abbiamo sotto i nostri occhi: una sanità sottofinanziata, differenziata, diseguale e poco equa. Sempre più appaltata all’esterno e meno prodotta dalle aziende sanitarie, povera di



Nonostante la sottrazione di risorse economiche, il nostro sistema sanitario ha retto fin che ha potuto, ma a che prezzo

mezzi e di personale che quasi non riesce a soddisfare i bisogni di Salute delle persone.

“Eppure, nonostante la sottrazione di risorse economiche, il nostro sistema sanitario ha retto fin che ha potuto, ma a che prezzo? Scarsi investimenti, retribuzioni tra le più basse in Europa, difficoltà di accedere alle cure, poco personale, difficili condizioni di lavoro, denunce e atti di violenza, anche mortali, contro gli operatori sanitari.

“Tutto questo – ha ricordato il segretario del SUMAI – sta incidendo sulla qualità delle cure, nonostante lo sforzo degli operatori sanitari e sulla percezione dei cittadini, i quali lamentano liste d’attesa infinite, strutture spesso fatiscenti, attrezzature obsolete, scarsa informazione, poco tempo dedicato alla comunicazione medico-paziente, con tutto ciò che ne consegue”.



Invecchiamento demografico

Dopo aver descritto la situazione del Sistema, Magi ha analizzato quelle che a suo modo di vedere sono le principali criticità. “L’Italia, in rapporto al PIL, investe meno della maggior parte dei Paesi europei ma ha una speranza di vita più alta di altri paesi europei.

Pur diminuendo il numero di abitanti negli ultimi 10 anni, che è passato da 60 milioni a poco più di 58 milioni, sono aumentati gli ultrasessantacinquenni saliti da 12 milioni a 14 milioni.

L’invecchiamento della popolazione è un ottimo indice per certificare l’ottimo livello di cure ma porta ovviamente ad un aumento delle cronicità e di conseguenza ad una maggiore domanda di salute con un incremento della spesa sanitaria che già oggi assorbe dal 70 all’80% dei bilanci regionali con il concreto rischio di superare la soglia di sostenibilità.

Finanziamento del SSN

“**Da oltre dieci anni** assistiamo all’assenza di una visione e di una strategia politica a supporto della sanità pubblica, in un immobilismo che si limita ad affrontare solo problemi contingenti. Il sottofinanziamento, dal 2010 al 2019, è stato di ben 37 miliardi. Il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, rispondendo ad un’interrogazione alla Camera un paio di settimane fa ha confermato questo dato.

I numeri del personale sanitario

“**Appare inderogabile** rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità al fine di valorizzare e (ri)motivare quella che è la colonna portante del SSN: investire sul personale sanitario con risorse vincolate, programmare adeguatamente il fabbisogno di tutti i professionisti sanitari, ridisegnare i processi di formazione, valutare e valorizzare le competenze secondo un approccio multiprofessionale.

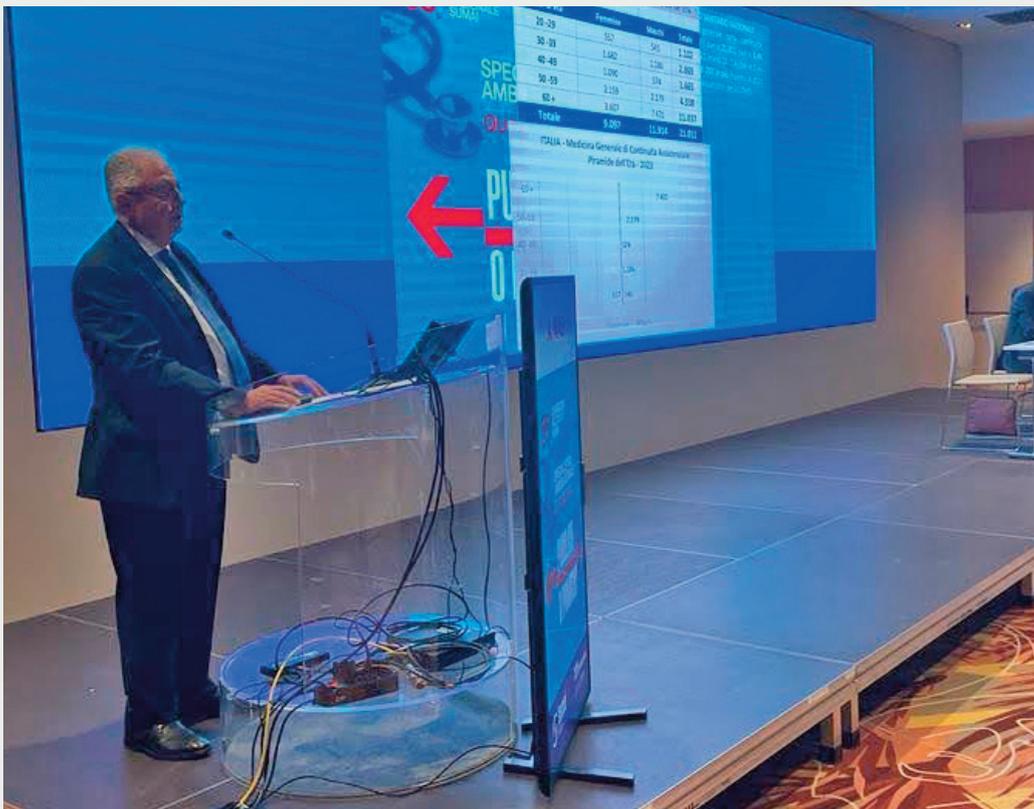
La retribuzione del Personale Sanitario

“**Sicuramente** una priorità è la retribuzione del personale sanitario e dei medici. Se vogliamo che i nostri medici rimangano in Italia, non c’è scelta, dobbiamo essere competitivi soprattutto con le retribuzioni offerte negli altri Paesi. Come possiamo pensare che i nostri medici non vadano all’estero se le retribuzioni Italiane annue, espresse in dollari, sono 204 mila dollari in meno del Lussemburgo; 93 mila dollari in meno della Germania; 73 mila dollari in meno del Regno Unito; 35 mila dollari in meno della Svizzera? Non ci sono soluzioni alternative se non quelle di dover pagare di più i nostri medici altrimenti, a breve, in Italia non ne avremo più. “Ci aspettiamo un vero cambio di passo della politica sul tema salute. Basta con dichiarazioni sterili e generiche d’impegno per un SSN Pubblico. Apriamo come cittadini e medici un confronto reale attraverso l’incontro e l’ascolto, specie di chi lavora sul campo, per trovare soluzioni condivise all’insegna della reciprocità: *disponibilità, rispetto, competenza, ascolto e fatti concreti.*”

Scenari futuri

“**Entro il 2025** – è la maggiore preoccupazione di Magi – perderemo fisiologicamente 14.493 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta; 3.674 specialisti ambulatoriali; 20.500 dirigenti medici per un totale di 38.667 medici senza contare i pensionamenti, le dimissioni volontarie e i medici che emigrano all’estero.

“La sensazione di abbandono che provano oggi i medici dopo il COVID, come tutto il personale sanitario, e la scarsa attenzione alla manutenzione del SSN sta portando molti medici e professionisti della sanità, soprattutto quelli più giovani ma non solo, a cercare strade alternative per vivere la loro professione con meno burocrazia, più sicurezza, migliore retribuzione e migliore organizzazione.



LA RELAZIONE DEL SEGRETARIO

“Se non ci saranno subito investimenti seri e decisivi sul personale sanitario, la Sanità Pubblica Italiana che conosciamo oggi, anche se in crisi, dal 2025 rischia di saltare realmente poiché, come abbiamo visto mancheranno quasi 39mila medici.

Dimissioni volontarie, prepensionamenti, concorsi pubblici che vanno deserti, mancanza di sostituti per la specialistica ambulatoriale, sempre più aree carenti per la medicina generale, sempre più medici che scelgono di lavorare nel privato, in cooperative o di andare all'estero da dove arrivano proposte economiche che permettono qualità di vita nettamente migliori.

Continuare a proporre ancora le stesse ricette che sanno più di ideologia che di concretezza è una scelta suicida con un esito ampiamente prevedibile.



Le proposte

“Appare necessaria una riforma del percorso formativo che potrebbe essere strutturata, ad esempio, dai primi 4 anni teorici uguali per tutti, seguiti poi da 4 anni di formazione specialistica pratica o come medicina generale o come specializzazione in una specifica branca della medicina a cui seguono 3 anni, facoltativi, di super specializzazione attraverso master universitari.

In questo modo non si avrebbero più camici grigi ma una formazione medica completa per entrare nel SSN. Questo richiede ovviamente una seria programmazione nei numeri dei posti e delle specialità.

“Appare necessaria una riforma del percorso formativo che potrebbe essere strutturata, ad esempio, dai primi 4 anni teorici uguali per tutti, seguiti poi da 4 anni di formazione specialistica pratica o come medicina generale o come specializzazione in una specifica branca della medicina a cui seguono 3 anni, facoltativi, di super specializzazione attraverso master universitari.

In questo modo non si avrebbero più camici grigi ma una formazione medica completa per entrare nel SSN. Questo richiede ovviamente una seria programmazione nei numeri dei posti e delle specialità.

Liste d'attesa e mancanza di specialisti

“Attualmente gli specialisti ambulatoriali sono titolari di incarichi a tempo indeterminato che vanno dalle 5 alle 30 ore settimanali, con una me-

dia di 25 ore. Da subito si potrebbe pensare ad un incremento medio stimato intorno alle 7 ore settimanali che porterebbe l'attuale media oraria dalle 25 alle 32 ore settimanali. Le Regioni che si lamentano delle lunghe liste d'attesa e della mancanza di specialisti invece dei medici stranieri potrebbero proporre ai nostri colleghi che non hanno il massimale orario e che operano a tempo indeterminato, quindi già in servizio nelle loro Aziende Sanitarie, un incremento orario ai sensi dell'art. 20 comma 1 del vigente ACN.

Chiediamo dunque alle Regioni di proporre la trasformazione immediata a tempo indeterminato per i contratti degli specialisti ambulatoriali che attualmente operano a tempo determinato nel SSN. In questo modo le regioni otterrebbero anche un notevole risparmio economico poiché il costo orario del tempo indeterminato è inferiore rispetto a quello del tempo determinato.

PUBBLICO O PRIVATO?

Alcune Regioni avrebbero potuto utilizzare, e possono farlo ancora, i colleghi specialisti in attesa in graduatoria invece di utilizzare i medici non ancora specialisti o chiamare gli stranieri non abilitati all'esercizio della professione in Italia o peggio i "gettonisti". A proposito di questi ultimi, basta con i contratti di lavoro intermediato dalle cooperative dei cosiddetti "gettonisti" con costi orari notevolmente più elevati (150 €. lordi ora dei gettonisti contro i 35,68 €. lordi degli specialisti SUMAI) provocando un evidente danno erariale. Questo probabilmente non risolverebbe totalmente alla mancanza di specialisti ma lo farebbe in buona parte destinando questi specialisti ambulatoriali alle nascenti case della comunità, agli ospedali di comunità e all'assistenza domiciliare.

Retribuzioni

“È assolutamente necessario cercare risorse economiche per portare le retribuzioni dei medici e degli operatori sanitari ai livelli europei. In attesa di risorse aggiuntive si può pensare di applicare una momentanea defiscalizzazione dei compensi prevedendo una flat-tax del 24% forfettario per tutti i sanitari che operano nel pubblico sino a risorse sufficienti stanziare per le retribuzioni.

Contenzioso medico legale

“Diminuire il contenzioso e le denunce contro medici ed operatori sanitari con risarcimenti oggi totalmente a carico del SSN La soluzione potrebbe essere quella di emanare norme che scoraggino le denunce che non hanno motivo di essere portate avanti in quanto spesso temerarie.

Conclusioni

“A questo Governo – spiega Magi – chiediamo, di colmare il gap retributivo che ci differenzia dagli altri paesi europei, meno burocrazia, maggiore tutela e considerazione per i professionisti della salute che hanno dimostrato nel corso della Pandemia di sacrificare anche la loro vita per assistere e curare le persone. Chiediamo insomma al Governo di dare una svolta.

È necessario pensare un nuovo modello di sanità territoriale basato sulla prossimità di cure, utilizzando il DM 77 ma investendo sul territorio fortemente sulle professionalità convenzionate che da oltre 50 anni lavorano assieme ma a compartimenti stagni. Puntare sul territorio sui professionisti convenzionati, sui Medici di Medicina Generale, Medici e Professionisti Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni (Medici, Psicologi, Biologi, Veterinari, Chimici), Pediatri di libera scelta, sulle Farmacie territoriali convenzionate.

Nel territorio è necessario puntare sul personale infermieristico e sulle altre professioni per creare equipe multiprofessionali e multidisciplinari con regole certe e l'utilizzo di *software* comuni.

La specialistica ambulatoriale convenzionata Interna è pronta e auspica un maggior coinvolgimento nei processi e nella partecipazione attiva.

I Sumaisti non sono specialisti di serie b, hanno 55 anni di esperienza di lavoro quotidiano sul territorio. Siamo gli specialisti di fiducia di prima istanza, siamo il primo contatto specialistico del paziente nel territorio. Già il vecchio ACN 2016-2018, in vigore dal 2020, prevedeva per noi l'obbligo di organizzarsi in AFT per lavorare nelle case della salute, nei poliambulatori specialistici, a domicilio



È necessario pensare un nuovo modello di sanità territoriale basato sulla prossimità di cure, utilizzando il DM 77 ma investendo sul territorio fortemente sulle professionalità convenzionate che da oltre 50 anni lavorano assieme ma a compartimenti stagni

dei pazienti, presso gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nelle Farmacie, negli Ospedali. I Sumaisti, quindi, sono pronti da tempo per le Case della Comunità Hub e Spoke, negli Ospedali di Comunità, a domicilio dei Pazienti e sono pronti all'uso delle nuove tecnologie e della telemedicina. Ma soprattutto sono pronti per la presa in carico dei malati cronici complessi che non richiedono ricovero, per i malati cronici complessi che vengono dimessi dagli ospedali e soprattutto per le cure a domicilio.

Alla politica chiediamo di lavorare insieme per una nuova sanità territoriale, apriamo le case di comunità ma non solo come forme organizzative Hub di tipo strutturale ma anche come strutture organizzative funzionali come spoke.

Portiamo gli specialisti dai pazienti e non solo il contrario, eliminiamo i CUP.

Portiamo lo specialista ambulatoriale anche presso gli studi dei medici di medicina generale sempre più vicino ai pazienti, uno specialista di prossimità in *equipe* con le altre professionalità del territorio e portiamolo a collaborare sia in presenza che in modalità remota grazie alla telemedicina con le farmacie.

Promuoviamo il raggiungimento del massimale orario dei sumaisti per coprire la carenza di specialisti nelle case di comunità, negli ospedali di comunità e a domicilio dei pazienti.

Organizziamo la nuova sanità del territorio, gli Specialisti Ambulatoriali sono pronti a mettere in campo la loro esperienza.”

IL MINISTRO

Schillaci “La sanità italiana è e resta pubblica”

A cura della Redazione

Così il ministro della Salute, intervento al 55° Congresso nazionale del Sumai Assoprof, rispondendo alla domanda che fa da sfondo all'assise “Specialistica ambulatoriale. Quale futuro: pubblico o privato?”

“Lo dico con chiarezza: la sanità italiana è e resta pubblica”. Lo ha precisato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, in apertura del suo intervento al congresso nazionale del Sumai Assoprof.

“Il vostro sindacato – ha detto rivolto ai numerosi partecipanti – svolge un lavoro fondamentale nel tutelare i professionisti impegnati sul territorio nel promuovere e difendere la qualità delle prestazioni e il diritto alla salute dei cittadini. Non abbiate dubbi su quello che potrà essere il futuro – ha aggiunto l'esponente del governo – credo però che dobbiamo anche regolamentare l'out of pocket, che è di-





Diseguaglianze che non sono solo regionali- ha precisato- ma che sono spesso anche tra piccoli comuni e tra grandi centri. Su questo dobbiamo assolutamente investire. E dobbiamo farlo mettendo il personale al centro del percorso

ventato molto importante. Certo ci sono le criticità che abbiamo ascoltato ma ci sono anche importanti segnali di cambiamento in atto: uno fra questi, il fatto che tra un po' la sanità italiana parlerà al femminile. Se pensate ai livelli dirigenziali superiori, credo a breve le donne supereranno gli uomini. E questo ci fa guardare al futuro con maggiore speranza.

“Viviamo in una congiuntura economico-finanziaria che non è favorevole. I decenni di definanziamento hanno indebolito il nostro Sistema sanitario nazionale ma se ciascuno di noi dà il proprio contributo credo, anzi sono certo, che riusciremo a rimettere in sesto la nostra sanità pubblica. C'è una attenzione, forse inedita, verso il personale sanitario e la sanità. Nessun presidente del Consiglio aveva parlato di sanità come priorità negli ultimi 15 anni. Oggi siamo all'opera per rimediare a una programmazione del personale che ha introdotto tetti e limiti che sono anche all'origine di carenze e storture insostenibili, come il fenomeno dei medici gettonisti. Che ho trovato e combattuto appena arrivato al ministero della salute con l'aiuto dei Nas.

“Queste – ha aggiunto Schillaci – sono politiche per il personale sanitario che, al di là della retorica sono rimaste sostanzialmente immutate anche quando a seguito della pandemia Covid si è iniziato a mettere in atto una riforma del territorio che rappresenta il setting più fragile del nostro Servizio Sanitario Nazionale, la prima li-

nea da rafforzare.

“Ho parlato con il ministro Fitto per fare punto sul Pnrr Salute che, ribadisco è in piena regola con tutti i target, non è stato definanziato nulla. È stato abbassato il numero delle case di comunità e della medicina territoriale, semplicemente perché la congiuntura economica prima descritta da Magi ha portato ad un aumento dei prezzi delle costruzioni del 30%. Ma le case di comunità che non saranno realizzate con i soldi del Pnrr, saranno portate a termine con le risorse ex art.20 che, colpevolmente, le regioni non hanno usato dal 1988. Rivolto alla platea, il ministro Schillaci ha poi aggiunto: “Vi chiedete come sia possibile che chi ha condiviso il Pnrr non avesse previsto le giuste e necessarie risorse da destinare al personale per far partire la medicina territoriale, le case di comunità e per far funzionare le apparecchiature e la telemedicina che, come ripeto sempre con il direttore di Agenas, Domenico Mantoan, rappresenta, per me, la vera svolta della sanità. È come quando in Italia sono state costruite le autostrade: credo che la telemedicina rappresenti il futuro della nostra sanità pubblica e la misura migliore contro le diseguaglianze ancora presenti sul nostro territorio.

“**Diseguaglianze** che non sono solo regionali- ha precisato- ma che sono spesso anche tra piccoli comuni e tra grandi centri. Su questo dobbiamo assolutamente investire. E dobbiamo farlo mettendo il personale al centro del percorso.

“Questo è un interrogativo che ci siamo posti in tanti e che chiede risposte e noi nell'arco della legislatura vogliamo concludere questo percorso e dare finalmente risultati concreti.

“Non è più pensabile continuare a parlare della piaga delle liste d'attesa e vedere che in alcune regioni gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni ne coprono anche solo meno di 25 ore settimanali

“D'altronde- ha proseguito l'esponente del governo- dei 500 milioni di euro messi a disposizione delle regioni per la riduzione delle liste d'attesa nel

2022, solo il 69,6% sono stati utilizzati. C'è un residuo di oltre 160 milioni.

“**Le analisi più recenti** confermano questa tendenza, purtroppo, con differenze significative tra regioni che hanno speso più del 100% e regioni che hanno dedicato all'abbattimento delle liste solo il 30% della dotazione. Molto spesso questo è dipeso dalla mancanza di tempo-medico che si sarebbe potuto ottenere ricorrendo proprio agli specialisti ambulatoriali”. “Oltre a ciò difficilmente riusciremo a portare il Servizio sanitario nazionale a domicilio del paziente, a realizzare quella sanità di prossimità di cui tanto si parla se non creiamo le condizioni per far funzionare le Case e gli Ospedali di Comunità a pieno regime entro il 2026.

“**E per farlo** abbiamo bisogno di capitale umano, più che di infrastrutture, e di medici specialisti che, vorrei ricordarlo, sono parte del Servizio sanitario nazionale a pieno titolo e svolgono un ruolo di primo piano nella gestione delle cronicità che in una Nazione come la nostra con un numero che aumenta di persone over 65 rappresenta già da oggi la vera emergenza.

“**Questo governo** non intende sprecare le opportunità del Pnrr. In un piano che nasce per superare le problematiche legate a una pandemia come il Covid, poi, di fatto, alla salute venivano destinati poco più di 16 miliardi. Che non sono pochi ma se andate a vedere quanti ne sono stati dati, per esempio, all'ambiente o altre tematiche, forse chi all'epoca fece il Piano se destinava un po' più di soldi alla salute, data la pandemia e dato che il Pnrr nasceva per quello, forse non sbagliava

“Oltre a non voler sprecare le opportunità del Pnrr- ha aggiunto l'esponente dell'esecutivo- dobbiamo ribadire che questa è una partita da giocare al meglio delle nostre possibilità e il mio appello va nuovamente alle regioni: vanno cambiati vecchi schemi e regole che non sono più adatti ai cambiamenti intervenuti.

IL MINISTRO

“**Soluzioni facili** e immediate non esistono. La volontà di salvare la sanità pubblica, però, è indiscutibile e i segnali ci sono. Solo pochi giorni fa è stato chiuso l'accordo per il rinnovo del contratto del comparto sanità 2019-2021, che introduce significative novità sia sul piano economico che per le condizioni di lavoro. Non è un punto di arrivo ma di partenza. Vanno recuperati i ritardi del passato e adesso è importante programmare con il Mef le risorse per il biennio 2022-2024, per non accumulare altri ritardi e chiudere gli altri contratti che il segretario Magi ha ricordato.

“**La mia priorità**- ha tenuto a sottolineare- va in una duplice direzione: da una parte la valorizzazione del personale sanitario e io farò sì che gran parte di ciò che arriverà durante la legge di bilancio sia destinata a migliorare le condizioni economiche degli operatori sanitari. L'altra deve ovviamente essere finalizzata all'annoso problema della riduzione delle liste d'attesa, un fenomeno che esiste da molti anni e che ha molte componenti, come ha ricordato il segretario Magi, e che se analizzato in maniera chiara, sono fiducioso si possa finalmente risolvere”.

“**Non esistono** dati ufficiali- ha concluso- quelli che arrivano dalle regioni spesso non sono sufficienti per sapere veramente quali prestazioni manchino, in quali regioni e con quali tempi di attesa. La prima cosa è avere dati certi. Non è vero quando si dice che per fare una mammografia ci vogliono 720 giorni. Magari ci vogliono 6 mesi e, lasciatemelo dire, questo è uno schifo. Ma noi non abbiamo i dati, perché le regioni non li mandano in maniera corretta. Ci stiamo adoperando per avere i dati veri, perché per risolvere il problema si parte dai dati”.

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=118631

La copertina del libro del Segretario Antonio Magi *Specialistica ambulatoriale 2023 - 2030. Pubblico o Privato? I numeri*

IL SEGRETARIO



Magi risponde a Schillaci

Magi: “Importanti le parole del ministro sul SSN e sul contributo che la specialistica ambulatoriale può dare per governare liste d'attesa e presa in carico delle cronicità”

Il Segretario Antonio Magi chiudendo il 55° Congresso Nazionale del SUMAI Assoprof tira le conclusioni dei lavori rivolgendo un plauso alle dichiarazioni del Ministro della Salute, Orazio Schillaci, il quale davanti all'assemblea congressuale ha sottolineato l'importanza del Servizio Sanitario Nazionale e del contributo che può dare la specialistica ambulatoriale per governare liste d'attesa e presa in carico delle cronicità.

“**La secca dichiarazione** che in Italia il Servizio Sanitario sarà pubblico e l'enfasi posta dal Ministro sul rinnovato impegno nei confronti della specialistica ambulatoriale evidenzia un passo decisivo verso un Sistema Sanitario Nazionale più inclusivo e reattivo alle esigenze dei cittadini.

“**È incoraggiante** sentire il Ministro Schillaci riconoscere l'importanza cruciale della specialistica ambulatoriale nel quadro complessivo della nostra sanità - ha aggiunto Magi - Il suo riconoscimento di come gli specialisti ambulatoriali possano contribuire significativa-



“La specialistica ambulatoriale rappresenta una parte vitale della nostra assistenza sanitaria”

mente all’abbattimento delle liste d’attesa e alla gestione delle cronicità rappresenta un segno positivo per il nostro settore.

“La specialistica ambulatoriale rappresenta una componente fondamentale nel tessuto del nostro Servizio Sanitario Nazionale. La sua integrazione efficace e il suo corretto finanziamento sono essenziali per garantire un’assistenza sanitaria di alta qualità, tempestiva e accessibile a tutti i cittadini italiani”.

Magi ha poi voluto evidenziare l’importanza della corretta raccolta e interpretazione dei dati, come giustamente sottolineato dal Ministro. “La nostra capacità di fornire un’assistenza sanitaria di alto livello dipende dalla nostra comprensione delle sfide e delle opportunità che affrontiamo. Avere dati accurati e tempestivi ci permette di prendere decisioni informate e di mirare alle aree di maggiore bisogno”.

Con il libro “Specialistica ambulatoriale 2023 – 2030. Pubblico o Privato? I numeri” presentato al Congresso e consegnato al Ministro il SUMAI Assoprof vuole dare il suo contributo sulla corretta raccolta dati e nella metodologia per calcolare in modo chiaro, e secondo regole scientifiche, il fabbisogno di specialisti necessario per programmare la nuova sanità territoriale”.

In conclusione, Magi ha detto: “Spero che le parole del Ministro Schillaci segnino l’inizio di una nuova era di riconoscimento e supporto per la specialistica ambulatoriale. Siamo pronti a collaborare, a contribuire e a fare la nostra parte per garantire che il nostro sistema sanitario rimanga uno dei migliori al mondo”.



Massimiliano Fedriga
Presidente della Conferenza delle Regioni in collegamento video durante il congresso

Il video saluto del Presidente Massimiliano Fedriga alla cerimonia inaugurale del 55° Congresso Nazionale SUMAI

Desidero ringraziare per l’invito a questa iniziativa che mi offre l’occasione di testimoniare come Presidente della Conferenza delle Regioni e delle province autonome, l’attenzione da parte del sistema delle Regioni verso le tematiche poste al centro dei vostri lavori. La specialistica ambulatoriale rappresenta una parte vitale della nostra assistenza sanitaria fornendo diagnosi e trattamenti specializzati a pazienti affetti da una vasta gamma di condizioni. È un settore in costante evoluzione, guidato dall’innovazione medica, dall’esigenza dei pazienti e dalla disponibilità delle risorse finanziarie.

Il tema posto al centro del vostro Congresso è di grande importanza per il futuro della nostra sanità poiché influenza direttamente la salute dei nostri cittadini e il sistema sanitario nel suo complesso. In questo contesto, un confronto con il ruolo della specialistica ambulatoriale nel contesto pubblico e privato significa definire gli strumenti e le modalità per essere i più prossimi ai nostri cittadini e i loro bisogni.

La Specialistica ambulatoriale è fondamentale per garantire l’accesso a cure specialistiche di alta qualità in modo tempestivo ed efficace. Tuttavia, la scelta tra un approccio pubblico o privato deve essere basata su una valutazione ponderata dei vantaggi e degli svantaggi di entrambe le opzioni. Il futuro della specialistica ambulatoriale richiede un approccio equilibrato che tenga conto dei bisogni dei cittadini.

La sostenibilità finanziaria e della qualità delle cure. Per questo occorre tenere conto di alcuni fattori chiave. L’innovazione tecnologica, posto che l’uso di intelligenza artificiale, telemedicina, robotica e altre tecnologie avanzate sta rivoluzionando le diagnosi e il trattamento delle malattie. L’accessibilità delle cure affinché l’accesso alla specialistica ambulatoriale sia equo, universale e garantire a tutti cure specialistiche di alta qualità.

La collaborazione interprofessionale al fine di migliorare la qualità delle cure e ridurre i costi, la sostenibilità finanziaria al fine di garantire l’equilibrio tra finanziamento pubblico e privato, nonché la possibilità di investire in ricerca e sviluppo e infine la prevenzione e la promozione della salute come investimento centrale per ridurre la necessità di cure specialistiche, promuovendo stili di vita sani.

Temi che come Conferenza delle Regioni, tramite il Comitato di settore, abbiamo posto al centro dell’atto di indirizzo, affinché il rinnovo contrattuale che vi vede impegnati in queste ore possa valorizzare sempre di più il ruolo degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti. Auspico che nell’ambito delle trattative si possa giungere al più presto alla sottoscrizione dell’accordo. Le regioni che rappresento sono pronte a fare la loro parte e a lavorare insieme in un’ottica di collaborazione costruttiva con tutti gli attori del sistema. Sicuro che l’incontro di oggi possa contribuire positivamente alle riflessioni in merito alle sfide che ci attendono, rivolgo a tutti i partecipanti gli auguri di buon lavoro.

GLI OSPITI

SSN pubblico? Certo! I problemi però sono tanti e così il privato avanza

Nel corso del congresso nazionale il momento dell'inaugurazione formale, con la relazione del segretario generale e i saluti istituzionali, è da sempre un'occasione di confronto e ascolto tra il mondo della rappresentanza sindacale e quello della politica. Questo 55° congresso nazionale non ha fatto eccezione avendo tra i suoi numerosi ospiti politici, oltre al ministro della salute, diversi amministratori e rappresentanti delle istituzioni

Barbara Funari, assessore Politiche Sociali e Salute Comune di Roma, in rappresentanza del sindaco di Roma, Roberto Gualtieri, ha portato i saluti della città "Sono qui – ha esordito – anche in delega del sindaco e dell'amministrazione capitolina tutta. La domanda che ponete in maniera molto semplice: 'scelta tra pubblico e privato' sta realmente al centro delle nostre politiche di intervento locale in ambito di politiche sociali e sani-

tarie. È veramente un privilegio per me oggi potervi ascoltare e accompagnare in questa riflessione che credo sia cruciale in questo momento storico dopo una pandemia che sappiamo bene quello che ha significato. Ma la domanda rilancia l'orgoglio di questo sistema sanitario nazionale pubblico a cui teniamo, a cui siamo legati che però ha bisogno di una riflessione competente qual è quella deli SUMAI Assoprof".

Luisa Regimenti, Assessore Personale, Polizia locale, Enti locali, Sicurezza urbana della Regione Lazio ha portato "il saluto del presidente della Regione Lazio, avvocato Francesco Rocca. Il sistema sanitario, sia regionale che nazionale, è reduce dallo stress test del Covid una prova che abbiamo vinto grazie alla professionalità dei medici e dei professionisti sanitari come voi che avete assicurato cure ed assistenza anche nei momenti più bui dell'emergenza. Abbiamo compreso, se mai c'è ne fosse stato bisogno, che il capitale umano e professionale è la base da cui ripartire per rendere più forte il nostro sistema sanitario. Il Covid ha messo però in luce disfunzioni e carenze di cui tutti noi avevamo contezza in primo luogo alla carenza dei professionisti sani-



Luisa Regimenti
Assessore Personale,
Polizia locale, Enti
locali, Sicurezza
urbana della Regione
Lazio

tari, specie in alcune specializzazioni e alcune professioni sanitarie, come quelle infermieristiche.

Si tratta di un problema che viene da lontano, scontiamo una programmazione errata che di fatto rischia di mettere in discussione il diritto alle cure. Abbiamo inoltre compreso che il sistema sanitario italiano è troppo centrato sull'ospedale con grandi eccellenze alle quali però spesso si affianca una gestione territoriale carente. Questo è stato affrontato dalla Missione 6 del Pnrr

Nel Lazio, come in altre regioni, la sanità è cresciuta intorno a grandi eccellenze ma si è smesso di investire sull'assistenza territoriale e questo è stato un errore. È necessario sviluppare sul territorio una medicina dell'iniziativa che crei una relazione stabile con il paziente, non limitata alla cura del singolo episodio e che trasformi i cittadini in protagonisti nella gestione della propria salute.

In Regione Lazio abbiamo stabilito che tutte le visite specialistiche e diagnostiche dovranno essere contenute nel Centralino unico della regione, non soltanto quelle del pubblico, ma anche mettendo in rete tutte le agen-

de delle strutture accreditate. È un primo passo a cui ne seguiranno degli altri. La vostra storica battaglia di permettere alle Asl di far salire gli specialisti convenzionati al massimale di 38 ore è una richiesta che va nella direzione giusta. È chiaro che bisogna fare i conti con le risorse a disposizione che purtroppo sono al momento esigue.

Maurizio Gasparri in veste di vicepresidente del Senato, mentre ora è capogruppo di FI a palazzo Madama Senato, ha ringraziato e notato con piacere che il SUMAI Assoprof "sia giunto al cinquantacinquesimo Congresso nazionale. Questo mi conforta perché tutte le cose che nascono e spariscono all'improvviso mi inquietano. Quindi essere qui con voi in un'organizzazione importante, storica come il SUMAI, che conosco da tempo è un atto di omaggio non rituale ma sentito e convinto. E del resto nella sala e nei miei giri continui per l'Italia incontro tanti del SUMAI che sollecitano attenzione. La cosa più importante è quella dell'uso della funzione medica in queste prime linee ambulatoriali e sul discorso orari,

perché noi abbiamo il problema legato alle risorse, quindi mi auguro che una delle rivendicazioni principali di poter, come dire, avere una prestazione che si possa estendere a un orario maggiore rispetto alle 25 ore. Noi stiamo anche cercando come Forza Italia di far sì che alcune forme di impiego maggiore in senso lato possano essere detassate e questo può valere per gli straordinari in altri ambiti, può valere per prestazioni aggiuntive bisognerà studiare delle formule che possano ampliare la possibilità di prestazioni professionali con una convenienza ovviamente remunerativa perché chi lavora di più deve essere chiaramente pagato di più. Sono problemi concreti, reali vedo che anche il governo, nell'affrontare la legge di stabilità sta antepoendo il tema della sanità che è centrale. All'interno della sanità, la funzione medica e la realtà degli ambulatori è fondamentale, il SUMAI è fondamentale".

"Recentemente in Regione – ha spiegato **Guido Bertolaso**, assessore Welfare Lombardia – sono state fatte una serie di verifiche sulla situazione delle liste di attesa e devo dire che tutto sommato non siamo usciti male da questa indagine. Ovviamente in alcune aree dobbiamo migliorare. Il rapporto che deve essere instaurato con le diverse Istituzioni è un rapporto fondamentale al quale tengo molto essendo abituato a fare un discorso di squadra. Questo è il segreto di qualsiasi istituzione che voglia raggiungere risultati positivi a favore dei propri concittadini.

Dobbiamo andare oltre la domanda pubblico o privato. Non c'è un pubblico e un privato, qui ci sono tutti e due. La risposta a questo interrogativo è entrambi perché entrambi sono coinvolti e a pieno titolo lavorano all'applicazione del dettato costituzionale. Poi in alcune regioni c'è una percentuale maggiore di pubblico e una inferiore di privato l'importante è che le realtà si integrino e, laddove è possibile, lavorino insieme.

In sanità dobbiamo copiare il modello Zamberletti, dobbiamo prendere le case di comunità e riempirle di spe-



Maurizio Gasparri
Vicepresidente
del Senato



Guido Bertolaso
Assessore Welfare
Lombardia

GLI OSPITI

cialisti, di professionisti, di medici di base per lavorare insieme, ognuno secondo il suo ruolo e la sua responsabilità con i propri obiettivi da portare avanti. Noi questo in Lombardia lo faremo. Abbiamo lanciato sfide, si è parlato di un sogno, di una medicina territoriale che funzioni e che risolva le liste di attesa sia specialistiche che al pronto soccorso. Forse è un termine esagerato, però è importante e non possiamo permetterci di fallire. Tutti insieme dobbiamo andare avanti e raggiungere l'obiettivo per fare una medicina di territorio degna di questo nome, degna di un paese che si chiama Italia”.

“Tutti ci stanno richiamando all'importanza di vedere sostenuto il nostro sistema che, a detta della pluralità degli attori, è uno dei migliori al mondo. È inutile però che ci nascondiamo le criticità”. Così **Maria Cristina Cantù**, Vice presidente della X Commissione Sanità del Senato che ha aggiunto “Per arrivare ad una sanità più equa, accessibile e sostenibile nel tempo occorrono interventi, norma/ordinamentali, non più approcciabili solo con decretazione d'urgenza. Interventi strutturalmente in chiave modificativa e di rinnovamento in

una logica tale per cui si proceda all'integrazione tra prevenzione, emergenza urgenza e medicina territoriale in chiave di sostenibilità nel medio lungo periodo. Voi avrete un ruolo determinante a garanzia di continuità e tempestività delle cure, anche in elezione, per livelli di intensità e classi di fragilità, contrastando incongruenze e disfunzioni non più sostenibili in tempi di crisi. A cominciare dall'ospedalizzazione non necessaria e agli accessi inappropriati ai pronti soccorso. Tutto questo intervenendo per poter fare in modo che si vadano a liberare in misura significativa risorse. Il contrasto delle inapproprietezze è un altro fattore che contribuirà in modo significativo a liberare, come dicevo, risorse per la normalizzazione dei tempi d'attesa con CUP integrati, senza accampare ulteriori scuse dilatorie nella condivisione delle agende pubblico privato. E da questo punto di vista, evitando le pratiche inappropriate per dare di più, costando di meno percorrendo e dovendosi percorrere con sempre maggiore responsabilità e condivisione individuale collettiva, strade diverse da quelle che i problemi li hanno generati”.

Per **Alberto Olivetti**, Presidente Enpam, sono necessarie “due brevi considerazioni, la prima è che mai come in questi tempi bisogna essere pragmatici e quando le risorse sono inferiori ai bisogni espressi bisogna fare di necessità virtù. Quindi la risposta tra pubblico e privato vien da dire è: tutto quello che è utile alla causa. Bisogna ragionare, scusate la banalità, come la buona massaia che cucina con quello che ha e credo che questa è la nostra scommessa fermo restando che dobbiamo rispettare i diritti degli individui e gli interessi della collettività.

La domanda che fa da sfondo è un'antitesi per andare a una sintesi. Abbiamo bisogno di una sanità che funzioni, che dia risposte e credo che tutti siano chiamati a portare il proprio contributo giocando di squadra, giocando insieme nell'integrazione professionale che sono la vera scommessa. Multidisciplinarietà, multi professionalità e obiettivi percorribili comuni. I sogni purtroppo saranno per il prossimo giro.

Seconda considerazione, il compito della Fondazione Enpam è quello di dare previdenza a tutti i medici in quanto iscritti, ma soprattutto a coloro che fanno lavoro autonomo, i liberi professionisti che esercitano privatamente, oppure sotto forma di convenzionamento e accreditamento all'interno del Ssn. In questo quindi Enpam è sostanzialmente medicina del territorio. Gli obiettivi di rilanciare la medicina territoriale nel rispetto dell'ospedale, perché non dobbiamo fare le antitesi, quanto piuttosto le sintesi e le integrazioni professionali. Credo che sulla medicina territoriale la fondazione Enpam possa fare bene perché sappiamo che non c'è previdenza se non c'è un buon lavoro sottostante e quindi dobbiamo sostenere il lavoro e fare bene il nostro mestiere cercando di dare il massimo possibile di previdenza con i contributi che incassiamo. Ma i tempi sono quelli che sono e i patrimoni, sotto l'impatto dell'inflazione, ogni anno perdono valore d'acquisto. Sappiamo anche che il riconoscimento dell'inflazione a tutti coloro che sono pensionati è



Maria Cristina Cantù
Vice presidente della
X Commissione Sanità
del Senato

un costo che non rivediamo dal lato delle entrate contributive che sono inficiate da un esercizio societario che talvolta non prevede flussi previdenziali e quindi stiamo attenti su questo versante. È una scommessa che raccogliamo, la vogliamo fare bene, cerchiamo di utilizzare quota parte del nostro patrimonio anche per sostenere le professioni, le case di comunità e le attività per potenziare il lavoro”.

“Una soluzione univoca ai problemi della sanità – secondo **Francesco Zaffini** Presidente X commissione Senato – non c’è, io invidio chi porta ricette risolutive, chi porta e coltiva certezze, chi trasferisce la necessità di fare cose che magari quando ha governato lui s’è guardato bene dal fare e, anzi, ha fatto al rovescio come per esempio con la dotazione del Fondo sanitario nazionale. Ma non voglio far polemiche preferendo condividere gli obiettivi e camminare insieme affinché la salute, per quanto possibile, sia tenuta fuori dalla retorica e dalla dialettica politica più strumentale. Ora di tutte le problematiche che noi abbiamo la più pesante e grave è quella che attiene ai professionisti e alle professioni sanitarie, tutte, che sono in gra-

vissima sofferenza per un difetto di programmazione. I numeri sono questi ed è evidente che dobbiamo cambiare una serie di paradigmi. Se il fondo sanitario nazionale è assorbito per oltre il 70% da fragili e anziani è del tutto evidente che dobbiamo investire subito e fortemente sull’assistenza domiciliare e sulla specialistica ambulatoriale”.

Filippo Anelli, Presidente Fnomceo, si è detto d’accordo con “il vostro segretario Magi, il PNR può essere utile per la sanità ma non è affatto sufficiente perché non riguarda né i medici né il personale sanitario. Il tema del personale è stato posto in maniera molto forte anche dal ministro Schillaci che ha ricordato come l’azione di governo oggi sarà orientata a sostenere i professionisti della salute e in maniera particolare i medici.

Su questa finanziaria credo si giochi una partita importante per il servizio sanitario nazionale perché il ministro dice che senza i professionisti non c’è il Ssn e non si risolve il tema delle liste d’attesa se non si risolvono le problematiche legate all’incentivazione. Ancora oggi ci sono regioni che hanno posto tra i loro obiettivi il blocco delle assunzioni. Inoltre è ancora fer-



Per la prima volta il Pnrr dà risorse certe, esigibili e spendibili, ovviamente con tempi tecnici che ne condizionano la reale pianificazione

mo il tetto di spesa per i dipendenti, gli specialisti sono fermi alle 28 ore e sono fermi i medici di medicina generale. Il sistema deve prevedere un’inversione di tendenza concreta perché altrimenti quella preoccupazione smentita dal ministro, ma più volte richiamata da Antonio Magi della privatizzazione e della desertificazione del sistema, è veramente forte. E poi devo dire che il DM 77 non può che partire dall’idea di team e io sono d’accordo con Antonio, un team che deve iniziare dal rapporto di lavoro comune, tra specialisti e medici di medicina generale questo è un punto di partenza fondamentale con le case di comunità che possono diventare i luoghi per definire insieme le strategie e le modalità di collaborazione.

Voglio ribadire che sono i professionisti quelli che oggi rappresentano la speranza del paese non le strutture. Noi abbiamo una spesa che in termini percentuali, rispetto al PIL, è tra le più basse d’Europa eppure, se andiamo a guardare le performance del sistema queste sono buone, ci collocano al terzo posto sia per aspettativa di vita che per aspettativa di vita in buona salute. Questo risultato straordinario è merito dei professionisti,



Filippo Anelli
Presidente Fnomceo



Silvestro Scotti
Segretario generale
Fimmg



Francesco Zaffini
Presidente
X commissione
Senato

GLI OSPITI

non dell'organizzazione né di chi oggi gestisce questo servizio sanitario nazionale in maniera sempre più orientata all'economia invece di pensare all'interesse dei cittadini. Questo risultato deve essere il punto di partenza per favorire sempre di più la presenza e la funzione dei medici. Chiudo dicendo che abbiamo bisogno di modificare le *governance*, non si può governare soltanto con gli obiettivi economici, abbiamo bisogno di obiettivi di salute e questo lo possono fare solo i medici, chi ha le competenze per rendere ancora più grande il nostro servizio sanitario nazionale”.

“L'intervento del vostro Segretario ha già detto tutto ha intrecciato le nostre relazioni e di questo lo ringrazio”. Così **Silvestro Scotti**, Segretario generale Fimmg che ha aggiunto “Credo che oggi, a latere della giusta determinazione nel suo ruolo di massimo rappresentante del Sumai, abbia ricordato di essere anche il rappresentante e coordinatore, da noi indicato, dell'associazione APM (Alleanza per la Professione Medica). Ritengo che questo si sia percepito in chi ha letto nella sua relazione il respiro che veniva dato a tutte le categorie che si attivano sul territorio. Respiro che si vuole dare a un percorso contrattuale come quello convenzionato che ha

nella sua elasticità, nella sua dinamicità, nella sua adattività pregi che molto spesso la sanità pubblica non solo non vede, ma fa finta di non vedere. Penso alla domiciliarità, che nel caso della specialistica è poco utilizzata.

C'è inoltre una Convenzione che è un accordo firmato da soggetti che, oltre ad essere dei rappresentanti sindacati, non dimenticano mai di essere degli uomini d'onore perché appartengono ad una categoria deontologica per cui se mettono una firma sotto a un contratto per noi quella firma ha un valore rappresentativo e professionale. La tua relazione, Antonio, ricca di spunti di intersezioni, ribadisce chiaramente e pubblicamente che tutti vogliamo rimanere convenzionati perché quella rete di cui hai parlato è realizzabile solo in un sistema convenzionato, con soggetti che possono valorizzare la loro capacità perché sono scelti. Io sono scelto dal paziente, il paziente ha prenotato la visita scegliendo il nome dello specialista. Questo è ciò che normalmente succede sul territorio, forse questa è una sanità che viene poco compresa in qualche palazzo. Ma è arrivato il momento di farglielo capire”.

Maurizio Zega, Presidente Opi Roma, ha condiviso l'analisi sulla carenza di personale sanitario “mentre Antonio



Per la prima volta il Pnrr dà risorse certe, esigibili e spendibili, ovviamente con tempi tecnici che ne condizionano la reale pianificazione

Matteo Rosso
responsabile nazionale sanità Fratelli d'Italia

Magi nella sua relazione sciorinava le misure e le carenze organiche, mi veniva in mente che “se Atene piange, Sparta non ride”, nel senso che siamo messi proprio male come professioni sanitarie. Quest'anno noi abbiamo avuto una riduzione su base nazionale del 15% delle persone che hanno fatto domanda per il corso di laurea in infermieristica. Il governo e la politica tutta devono mettere in agenda il problema del personale sanitario perché altrimenti non c'è futuro. Non pubblico o privato, non c'è proprio futuro per la salute pubblica in assenza degli attori.

Sono convinto che la risorsa più costosa che stiamo utilizzando ancora troppo è quella ospedaliera. Se non c'è una sanità di territorio, che trova la sinergia tra la professione medica e la professione infermieristica, in grado di creare una barriera per l'utilizzo inappropriato dell'ospedale, il sistema non sarà più sostenibile ma questo non fra 10 anni ma fra pochissimi anni”.

Matteo Rosso, responsabile nazionale sanità Fratelli d'Italia, ha ribadito con forza che uno degli obiettivi di questa legislatura debba essere la depenalizzazione del reato medico “Sono un vostro collega medico e questa per me è la cosa che conta più di tutte. Ci conosciamo da tanti anni, ricordo congressi molto belli del SUMAI, in Val d'Aosta piuttosto che in Calabria. Forse le cose che sto per dirvi ve le ho già dette ma sento forte l'orgoglio di essere medico in un mondo che guarda noi medici con sempre maggiore diffidenza. Ma sono anche un politico e mi spiace sentire che la politica è poco attenta, in parte questo è vero, ma non è sempre colpa della politica. Purtroppo viviamo in un sistema che ci sta delegittimando e credo che la battaglia che dobbiamo fare insieme, e lo dico al vostro segretario Antonio Magi, con il quale ho un rapporto di frequentazione quasi quotidiano, sia quella della depenalizzazione del reato medico. Lo dico con chiarezza perché se non arriviamo a questo abbiamo perso la nostra capacità di fare i



LA TAVOLA ROTONDA

Investire su programmazione e professionalità

A cura della Redazione

Le criticità sono tante e note ma il sistema ha in sé gli anticorpi e una serie di elementi, a partire dal fattore umano, che permettono di consolidarne l'aspetto pubblico. È però necessaria una svolta a partire dal governo della domanda, dalla programmazione e investendo sulle professionalità.

Questo in estrema sintesi è quanto emerso nel corso della tavola rotonda

“In questo momento, nonostante ci sia un'architettura straordinaria che stiamo costruendo per valorizzare il Sistema sanitario, dal DM 77 alle case di comunità, dal Fascicolo sanitario elettronico alla telemedicina fino al sistema Eds dei dati sanitari, quindi con un grande investimento culturale e tecnologico strutturale, abbiamo un problema reale, le liste d'attesa. Ed è un problema che per mille motivi tocca tutte le regioni d'Italia”. A parlare è il direttore generale di Agenas, **Domenico Mantoan** “inoltre abbiamo un problema di fuga di medici dal Sistema sanitario e i ragazzi italiani non vogliono fare gli infermieri. Nonostante un'architettura e una pianificazione di buoni investimenti – ha proseguito- oggi manca il materiale umano e questo è il tema fondamentale”.

Mantoan ha poi sottolineato che “non trovando risposte nel pubblico o nel privato accreditato, il cittadino, grazie anche alle assicurazioni, ai fondi integrativi che stanno crescendo, sta scivolando lentamente nel privato. Non c'è una volontà, però fotografiamo questo dato di fatto e bisogna trovare il modo di fare una inversione di marcia e fare in modo che il cittadino trovi le risposte all'interno del pubblico”.

Fuga dei medici all'estero: secondo Mantoan, la ricetta per arginare questa vera e propria emorragia è una



sola. “Bisogna pagarli di più. Bisogna che la società italiana capisca che i medici, gli infermieri e gli altri professionisti della sanità vanno pagati perché valgono dato che il prodotto salute è fatto ancora dalle persone, dai professionisti altrimenti vanno a lavorare nei Paesi limitrofi. I giovani oggi sono figli del mondo, conoscono l'inglese, non hanno paura di muoversi e quindi per loro non è un trauma

ma spostarsi a lavorare in un altro Paese. “Il Pnrr – ha inoltre ricordato il direttore generale di Agenas- ci ha dato i soldi, che servono per i muri e per le infrastrutture, ma non è solo un problema di soldi ma anche di come li spendiamo”. E qui il riferimento di Mantoan è per quei “direttori generali che ricorrono alle cooperative, strapagando medici dei quali non si conosce perfettamente il valore, pri-

LA TAVOLA ROTONDA

ma di parlare di soldi vediamo anche come vengono spesi. È dunque anche un problema di managerialità e di corretta allocazione delle risorse.

“Sicuramente - ha concluso Mantoan - il finanziamento è importante, il Sistema sanitario va finanziato, va chiarito bene dove vanno a finire i soldi e va verificato come vengono spesi”. “Per la prima volta il Pnrr dà risorse certe, esigibili e spendibili, ovviamente con tempi tecnici che ne condizionano la pianificazione. È necessario che tutti noi agiamo in sinergia, specie a livello regionale e poi centrale, per far sì che questo importante finanziamento, in un momento così critico per la sanità italiana, possa giungere non solo a buon fine ma generare poi una serie di effetti positivi su tutta quella che è la filiera dell’assistenza ai nostri malati, specie a quelli cronici”.

“Le liste d’attesa sono un elemento essenziale in un sistema pubblico, non le possiamo eliminare, le dobbiamo governare e fare in modo che non creino iniquità di accesso. Devo-

no quindi essere fisiologiche e non patologiche”. Lo ha spiegato il direttore generale della Programmazione del ministero della Salute, **Americo Cicchetti**, professore di Organizzazione aziendale alla Cattolica di Roma e Direttore dell’Alta Scuola di Economia e Management dei sistemi sanitari (Altems), nel corso della tavola rotonda ‘Specialistica ambulatoriale. Quale futuro: pubblico o privato?’, all’interno del 55° Congresso Nazionale SUMAI Asooprof

“Per governare questo processo - ha proseguito Cicchetti - esistono due modi: agendo sull’offerta o agendo sulla domanda. Agire sull’offerta significa incrementare le risorse, le tecnologie, il personale, pagarlo di più. In realtà è il governo della domanda che dà i maggiori frutti ma con interventi che sono un po’ più di lungo periodo. Mentre sistemiamo l’urgenza, e su questo possiamo intervenire guardando al lato dell’offerta - ha concluso Cicchetti - dobbiamo però cominciare ad impostare e tornare a fare il governo della domanda, che vuol dire fundamentalmente analiz-

zare le tecnologie, fare valutazione, identificare quali sono le prestazioni appropriate in relazione ai bisogni, attraverso queste evidenze costruire percorsi e linee guida, quelle che poi ci aiutano a fare il vero governo della domanda, che permette di affrontare sistematicamente il problema delle liste d’attesa”.

“In regione Umbria la situazione della sanità è certamente a vantaggio palese di quella pubblica. Del resto, il sistema sanitario su base universale prevede una prevalenza piuttosto importante del pubblico”. Lo ha precisato l’assessore alla Salute e Politiche Sociali della regione Umbria, **Luca Coletto**. “Anche se il privato convenzionato è classificato sotto la programmazione regionale, può tranquillamente essere considerato all’interno del sistema sanitario pubblico. Uno dei temi principali e di sicura attualità è relativo alle liste d’attesa, che sono state combattute a 360 gradi con un abbattimento piuttosto importante ma che potrebbe avere un effetto ancora più importante se dalle



Le liste d’attesa sono un elemento essenziale in un sistema pubblico, non le possiamo eliminare, le dobbiamo governare e fare in modo che non creino iniquità di accesso





Non trovando risposte nel pubblico o nel privato accreditato, il cittadino, grazie anche alle assicurazioni, ai fondi integrativi che stanno crescendo, sta scivolando lentamente nel privato

Domenico Mantoan
Direttore generale di Agenas

25 ore dei Sumaisti potessimo arrivare alle 38 ore, almeno per un periodo.

“Si può anche pensare di mantenere le 38 ore soprattutto per i giovani che magari hanno cinque, sei, dieci ore di disponibilità per implementare l’orario di questi specialisti che, lo ricordo, sono sul territorio. Sarebbe importantissimo- ha tenuto a preci-



sare- in considerazione del fatto che per la maggior parte i pazienti sono anziani, hanno difficoltà a muoversi e raggiungono più facilmente le case della salute piuttosto i distretti”.

“L’auspicio- ha concluso l’assessore Coletto- è che si dia voce a questi giovani specialisti, ma soprattutto che si dia la possibilità di ampliamento dell’orario”.

“Per la prima volta il Pnrr dà risorse certe, esigibili e spendibili, ovviamente con tempi tecnici che ne condizionano la pianificazione. È necessario che tutti noi agiamo in sinergia, specie a livello regionale e poi centrale, per far sì che questo importante finanziamento, in un momento così critico per la sanità italiana, possa giungere non solo a buon fine ma generare poi una serie di effetti positivi su tutta quella che è la filiera dell’assistenza ai nostri malati, specie a quelli cronici”. Lo ha spiegato il Direttore Generale Ast 4 Fermo, **Gilberto Gentili**, partecipando alla tavola rotonda. Il DG ha posto lo sguardo al rapporto tra pubblico e privato nelle

Marche: “Nella nostra regione storicamente c’è una presenza di privato molto limitata. È chiaro che gli spazi che si aprono oggi, legati soprattutto alla carenza di medici specialisti, quindi la necessità di erogare prestazioni Lea, hanno inevitabilmente condotto a un ricorso al privato, che non va demonizzato ma va semplicemente inquadrato in un piano programmatico che anche per il privato dia certezza. Questo perché a un privato che, ad esempio, ha fatto sempre ortopedia non possiamo chiedere di fare radiologia, o viceversa. È chiaro che a monte ci sono degli investimenti fatti da imprenditori che hanno necessità di avere dei contratti che consentano loro, a distanza di quattro o cinque anni, di rientrare di eventuali investimenti che possano aver eseguito per stare dentro alla richiesta della regione. Quindi- ha concluso Gentili- porte aperte al privato ma un privato regolato, che non sia competitivo ma integrativo di quello che può offrire il pubblico”.



Luca Coletto
Assessore alla Salute e Politiche Sociali della regione Umbria



Americo Cicchetti
Professore di Organizzazione aziendale alla Cattolica di Roma e Direttore dell’Alta Scuola di Economia e Management dei sistemi sanitari (Altems)

LE MOZIONI

Le mozioni approvate dal Congresso

L'assemblea del 55° Congresso Nazionale Sumai Assoprof riunita a Roma dal 9 al 12 ottobre 2023

PRESO ATTO delle Mozioni presentate dalle Sezioni Provinciali e dalle Commissioni

UDITA La Relazione del Segretario Generale

L'APPROVA E DA MANDATO Alla Segreteria Nazionale del Sumai Assoprof di:

- monitorare l'iter della Legge di bilancio 2024 sostenendo tutte le iniziative per l'incremento del fondo sanitario nazionale ed il suo utilizzo per l'aumento di dotazione di personale ed ore di specialistica ambulatoriale interna;
- promuovere le opportune modifiche legislative per la drastica riduzione delle incompatibilità;
- mettere da subito in atto tutte le iniziative per siglare nel più breve tempo possibile il nuovo ACN, cercando di ottenere almeno gli stessi emolumenti recentemente erogati alla dipendenza e di impegnarsi affinché per lo meno l'80% di tale cifra venga erogata per l'Accordo Nazionale e solo la restante parte per Accordi regionali ed aziendali;
- prevedere nel nuovo ACN regole chiare che definiscano i criteri della mobilità intra ed interaziendale;
- formulare un documento che tracci le linee guida tecnico-organizzative per l'attività nei cad;
- promuovere la definizione di un modello scientifico per calcolare i fabbisogni di specialistica ambulatoriale da sottoporre alle Regioni congiuntamente agli accordi regionali;
- definire i rapporti e le funzioni delle varie figure professionali



(MMG, SAI, PLS, infermieri, ecc.)

In vista della costituzione delle Case della Comunità, sottolineando che le AFT e le UCCP rappresentano un nuovo modello organizzativo, che evidenzia la centralità della medicina territoriale;

- promuovere ogni azione che possa consentire il potenziamento degli ambulatori territoriali, dotandoli di adeguate strumentazioni sanitarie e digitali (PC, software, ecc.) avvalendosi della Health Technology Assessment, prevedendo anche gli arredi e le strutture di accoglienza necessarie; cercando di diminuire, così sempre di più, il gap tra ambulatori ospedalieri e territoriali e tra regioni del sud e del nord, anche alla luce della centralità della medicina del territorio di cui tanto si parla;
- promuovere la revisione della programmazione delle borse di studio delle specializzazioni, incrementando

tando quelle delle aree più critiche e adeguandole al numero dei laureati;

- richiedere una riprogrammazione dell'accesso alla facoltà di medicina selezionando i candidati, non con anacronistici quiz nozionistici, ma utilizzando test psico-attitudinali che mettano in evidenza le capacità comunicativo-relazionali dei candidati;
- implementare nella piattaforma di rinnovo dell'ACN le tutele dei diritti comuni a tutti i lavoratori (maternità e paternità), revisione della modalità di calcolo delle ore di permesso per la legge 104, riconoscimento infortuni in itinere anche nel luogo di residenza, ecc.);
- introdurre specifica indennità per gli specialisti/professionisti che operano negli istituti di pena;
- stimolare, dopo la sottoscrizione del contratto della dirigenza sani-

taria relativo al triennio 2019-2021, l'avvio delle trattative per il rinnovo del contratto del triennio 2022-2024;

- promuovere ogni azione per garantire l'incolumità fisica e psicologica di tutti gli operatori sanitari e in primis dei medici che lavorano in pronto soccorso, nella continuità assistenziale, negli istituti penitenziari, ecc.;
- potenziare tutti i settori i settori del sindacato attraverso il coinvolgimento dei segretari provinciali per una campagna di nuove iscrizioni;
- perseguire il completamento del recepimento da parte dell'INAIL delle clausole economiche e normative previste dal vigente ACN e la tempestiva acquisizione di quelle del nuovo testo contrattuale al momento della sua sottoscrizione;
- continuare nell'azione tesa a risolvere le problematiche legate al reclutamento degli aventi diritto, alla formazione continua e all'implementazione dell'attività sanitaria aggiuntiva e complementare a quella medicolegale istituzionale, affidandola agli specialisti ambulatoriali e ai professionisti che operano presso l'INAIL;
- portare sui tavoli di trattativa nazionale della medicina generale e della medicina dei servizi le seguenti proposte:
 - A in conseguenza dell'istituzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria si chiede la parificazione dei compensi per tutti gli incarichi a rapporto orario, permettendo anche ai medici di medicina dei servizi di svolgere orari aggiuntivi all'interno delle CdC per consentire la copertura h 24 da parte del personale medico;
 - B per quanto riguarda la Formazione Continua (ECM) si chiede che

le Aziende sanitarie garantiscano alle figure professionali interessate i corsi di formazione fino al 50% come previsto dall'ACN vigente (Art. 26). Tale opportunità dovrà essere assicurata a tutte le 4 aree della medicina generale: ruolo unico di assistenza primaria, medicina dei servizi territoriali, emergenza sanitaria territoriale ed assistenza negli istituti penitenziari (come da art. 2, comma 1);

- C alla luce del D.M. 77 si auspica una forte integrazione con potenziamento dei vari PDTA con gli specialisti ambulatoriali interni (SAI), che dovranno diventare per la medicina generale gli specialisti di riferimento per i pazienti cronici, fragili ed in situazioni di urgenze non differibili;
- D per quanto riguarda le certificazioni INAIL, poichè diventeranno obbligatorie con la pubblicazione del nuovo ACN 2019-2021, si chiede l'istituzione di un tavolo tecnico composto dai funzionari INAIL e dalle OOSS per lo snellimento della modulistica e per l'aggiornamento delle modalità di invio telematico;
- chiedere con forza per i medici veterinari il riconoscimento all'interno dell'ACN dell'attività di Polizia Giudiziaria a tutela del proprio operato e della Sanità Pubblica;
- chiedere il riconoscimento economico dell'indennità di Polizia Giudiziaria, come previsto per tutte le figure professionali (medici veterinari dipendenti ed ispettori) che, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, svolgono identica attività, affinché vi sia identica remunerazione;
- vigilare per la pubblicazione dei turni per consentire l'incremento orario ai biologi che hanno un esiguo numero di ore di incarico e perché sia autorizzato il plus orario dalle Aziende, vista la consapevolezza delle complesse dinamiche lavorative;
- chiedere il riconoscimento all'interno dell'articolo 50 comma 3 dell'ACN, dell'indennità di rischio biologico e l'equi-

parazione della quota oraria e quota variabile;

- richiedere per gli psicologi:
 - di proseguire nell'azione tesa a raggiungere opportuni miglioramenti economici contrattuali e della posizione previdenziale e pensionistica;
 - di prevedere un emolumento aggiuntivo per tutti gli specialisti ambulatoriali coinvolti nella presa in carico e nella collaborazione con la Giustizia, con l'Ambito Territoriale e con le FF OO;
- deburocratizzare e snellire il percorso di rinnovo contrattuale del SASN, meglio ancora unificandolo all'ACN Nazionale;
- proseguire nell'impegno concreto volto a identificare misure di prevenzione e contrasto agli episodi, sempre più frequenti, di violenza, molestia e discriminazione ai danni del personale sanitario, con particolare attenzione alle donne, al fine di garantire sicurezza e benessere sul luogo di lavoro;
- includere le donne specialiste, soprattutto le più giovani, nei vari percorsi di formazione sindacale per far sì che possano affrontare al meglio i prossimi cambiamenti nell'attività lavorativa e che possa consentire inoltre una maggiore presenza femminile nei quadri sindacali;
- promuovere la creazione di una rete di referenti regionali, almeno per le branche maggiormente rappresentate: cardiologia, endocrinologia/diabetologia, oculistica, radiologia, odontoiatria, geriatria, ecc. che si interfacceranno con i referenti della stessa branca a livello nazionale e con la rete regionale di branca anche coinvolgendo i responsabili di branca, allo scopo di favorire lo scambio di informazioni su problematiche comuni e proporre attività scientifiche in collaborazione con la SIFOP: corsi, meeting e pubblicazioni.



La salute a confronto con le sfide di domani

La sanità della Regione è in grande difficoltà. Non è in fin di vita ma la prognosi resta riservata, mentre per la terapia da seguire, e questo è un'ulteriore criticità, non c'è condivisione

Nel mese di giugno sono stati convocati a Trento “Gli Stati generali della Sanità”. Nel portare il saluto del SUMAI alle figure istituzionali ed ai quadri sindacali convenuti all'incontro, sono stato chiamato ad intervenire in qualità di relatore sul tema salute nell'ambito della sanità territoriale. La giornata è stata inaugurata dalle rappresentanze politiche. Sono intervenuti il Sottosegretario di Stato alla Salute On. Marcello Gemmato (in collegamento), l'Assessore provinciale alla Salute Stefania Segnana ed il Presidente del Consiglio provin-

ziale Walter Kaswalder. Quello che è emerso dopo quattro ore di confronto tra esperti della materia non è una buona notizia: la sanità trentina è in grande difficoltà. Lo hanno detto sostanzialmente tutti, dai politici che hanno difeso e rivendicato il loro operato ai vertici degli ordini professionali, fino a medici ed infermieri. Venendo ai contenuti, come detto, la diagnosi è condivisa: il paziente, ovvero la sanità trentina, ha bisogno di essere curato. Non è in fin di vita, e ci sono pazienti messi peggio (magra consolazione per chi sta soffrendo),

ma di sicuro non sta bene. La prognosi resta riservata, mentre per la terapia da seguire non c'è condivisione. A fotografare la situazione ci hanno pensato inizialmente il Presidente dell'Ordine dei Medici di Trento Marco Ioppi, secondo cui la gestione della sanità non è una cosa facile, ma in trentino c'è l'autonomia e di conseguenza maggiori possibilità per fare qualcosa di più. Renzo Dori, Presidente della consulta, ha sottolineato due elementi, il primo: l'invecchiamento della popolazione (ogni 100 giovani, ci sono 167 anziani e la de-

Salvatore Desiderio
Segretario Sumai
Assoprof Provincia
di Trento



natalità è forte); il secondo che il sistema va riformato e ridisegnato anche grazie alle risorse aggiuntive previste dal Pnrr. In questo contesto ho introdotto la mia relazione sul ruolo dello Specialista Ambulatoriale Interno nei confronti del paziente con pluripatologia. "Da oltre cinquant'anni - ho esordito - la nostra è una figura ponte tra il MMG e l'ospedale, che riveste un ruolo centrale nella sanità territoriale, fulcro delle patologie croniche. Anche noi del SUMAI Assoprof, siamo costretti a sottolineare che il personale sanitario necessario al fabbisogno è insufficiente: mancano medici chirurghi, odontoiatri ed in particolare tra i medici-chirurghi dovremmo avere più specialisti ambulatoriali destinati al territorio. La pandemia, indubbiamente, non ci ha solo insegnato come gestire una emergenza sanitaria, ma ha anche lasciato in eredità questioni e problematiche che, ancora oggi, ci troviamo ad affrontare. Ha messo in evidenza i limiti e le criticità del S.S.N. Bisogna puntare a strutture extrao-



Il primo grande investimento che dobbiamo fare è quello sul capitale umano e sulla protezione di quest'ultimo. La sanità, oltre a dover essere accessibile a tutti, deve radicarsi nelle varie aree del territorio, diffondersi e creare una rete tra le diverse strutture

spedaliere come previsto dal Pnrr, perché si parla di una sanità di prosimità che possa soddisfare le esigenze dei cittadini, stimolando una medicina di iniziativa e non di attesa. È importante pensare ad una sanità nuova orientata verso il futuro. La sanità è unica non deve esserci separazione tra ospedale e territorio. Al primo - ho aggiunto - continuato, spetta la funzione principale per quel che concerne le acuzie e per le attività che necessitano il ricovero. Per il resto la sanità dev'essere portata sul territorio, creando una serie di **equipe di professionisti** (MMG, PLS, SAI, infermieri, tecnici) per la gestione e la presa in carico del paziente cronico, all'interno delle case della comunità, dove può continuare ad essere seguito per quella che è la sua patologia, senza essere necessariamente ricoverato". Ho concluso affermando che "la figura dello SAI in una sanità che cambia non deve essere più ancorata al suo ambulatorio ma deve rientrare in una attività di percorso diagnostico-terapeutico assumendo il ruolo di check point per tut-

te quelle che sono le branche di interesse per il paziente cronico".

Si è discusso ovviamente del momento delicato, figlio della carenza dei medici specialisti, dello smaltimento delle liste d'attesa e una sempre più crescente deriva verso le strutture private, dove impera il rischio di una sanità diseguale per i cittadini nell'accesso ai servizi. Si è parlato anche di soldi, intesi come contratti da rispettare e da aggiornare. Ma anche del fatto che questi stati generali dovevano essere organizzati 5 anni fa e non adesso anche in vista delle prossime elezioni provinciali di ottobre. La mia personalissima considerazione sull'argomento è che quando parliamo di salute ci riferiamo ad un servizio primario che deve essere garantito ai cittadini, che gli permetta di vivere in tranquillità a loro e agli operatori. Il primo grande investimento che dobbiamo fare dunque è quello sul capitale umano e sulla protezione di quest'ultimo. La sanità, oltre a dover essere accessibile a tutti, deve radicarsi nelle varie aree del territorio, diffondersi e creare una rete tra le diverse strutture.

Sono stato particolarmente lieto di aver partecipato al Convegno trentino a rappresentare la nostra area così come spesso ci incoraggia il nostro il Direttore della Scuola Formazione Sindacale, Luigi Sodano, a cui mi lega una profonda amicizia e stima professionale, e che ringrazio insieme soprattutto al nostro Segretario Generale Antonio Magi, che ci stimola quotidianamente con la sua contagiosa passione alla valorizzazione del nostro sindacato e per il quotidiano impegno a tutela della professione medica e del diritto dei cittadini alla salute.

a cura di
Umberto Goglia Specialista ambulatoriale diabetologo Cuneo, Master in "Etica Medica, Deontologia, Politica ed Economia Sanitaria" (CORIPE - Consortium for Research and continuing Education in Economics - Università degli Studi di Torino) Corso di Perfezionamento in "Management nella Community Care", ALTEMS (Alta Scuola di Economia e Management Sanitario) - Università Cattolica "Sacro Cuore"

Renato Obrizzo Torino, Direttore Centro Studi SUMAI-Assoprof - Coordinatore del Corso e-learning SIFOP - "Strumenti di Management sanitario per il Governo Clinico e per i nuovi modelli organizzativi della specialistica convenzionata interna".

Presenza in carico della Cronicità.

Dispositivi normativi vigenti



Il Servizio Sanitario Nazionale si è tradizionalmente organizzato, investendo gran parte delle risorse, nella diagnosi, cura e gestione del settore delle malattie acute (1), secondo un modello biomedico di attesa, seguendo un flusso monodirezionale del tipo: **incidente / accidente > danno/alterazione > accesso alla struttura di servizio (diagnosi, cura, assistenza).**

Coerentemente a tale visione, anche il monitoraggio e la contabilizzazione di tale rapporto lavorativo avviene mediante un'applicazione meccanicistica di "prestazioni" individuate mediante "codici" numerici, che rendono ragione della produttività di una struttura in particolare e di una azienda in generale. L'assistenza primaria, definita anche impropriamente "di base", è stata poco normata negli anni anche a causa dell'approccio culturale sopra indicato. Motivazioni di ordine sociale, come

l'inversione della piramide demografica, sono alla base delle problematiche e delle sfide del futuro.

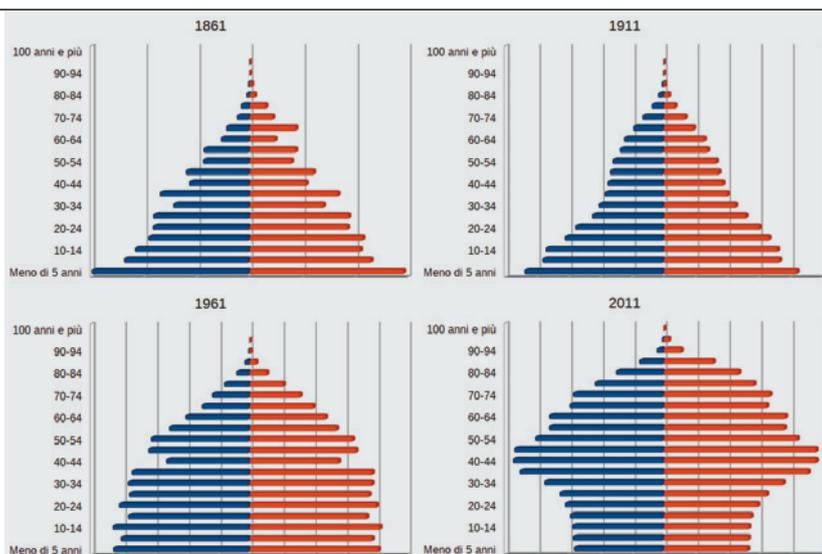
In Italia l'aspettativa di vita nel 1880 era di 35,4 anni, nel 1900 di 42,8 anni, nel 1930 di 54,9 anni e nel 1959 di 65,5 anni

Oggi l'aspettativa di vita in Italia è di 82 anni per gli uomini e 86 anni per le donne. (Fig. 1)

Tale fenomeno della *transizione demografica* (2) accompagnerà a lungo l'Italia ed i paesi del mondo occidentale a causa dei ridotti tassi di natalità ed indice di fecondità (Fig. 2).

Figura 1.
Piramidi della popolazione ai censimenti 1861, 1911, 1961, 2011,

Da *L'invecchiamento della popolazione italiana e i suoi effetti in ambito economico* - Cinzia Buccianti, Martina Semboloni, in Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica - Volume LXXIV n.2 Aprile - Giugno 2020



La Cronicità in Italia

Secondo elaborazioni di Osservasalute su dati ISTAT (Indagini Aspetti della Vita Quotidiana, Anno 2017), oltre 24 milioni di soggetti dichiarano almeno una malattia cronica, ed oltre 12 milioni almeno due patologie, valori in crescita secondo le proiezioni 2028 e 2038.

Tuttavia, se analizziamo gli ultimi dati epidemiologici su una delle patologie a maggiore complessità, come il diabete, si osservano numeri reali maggiori delle proiezioni ISTAT, con il raggiungimento di circa 4 milioni di soggetti diabetici già nel 2023 e non nel 2038.

Tale esempio rende ragione ancora maggiormente dell'emergenza in corso, se consideriamo anche gli elevati tassi del sovrappeso e della obesità infantile. (3)

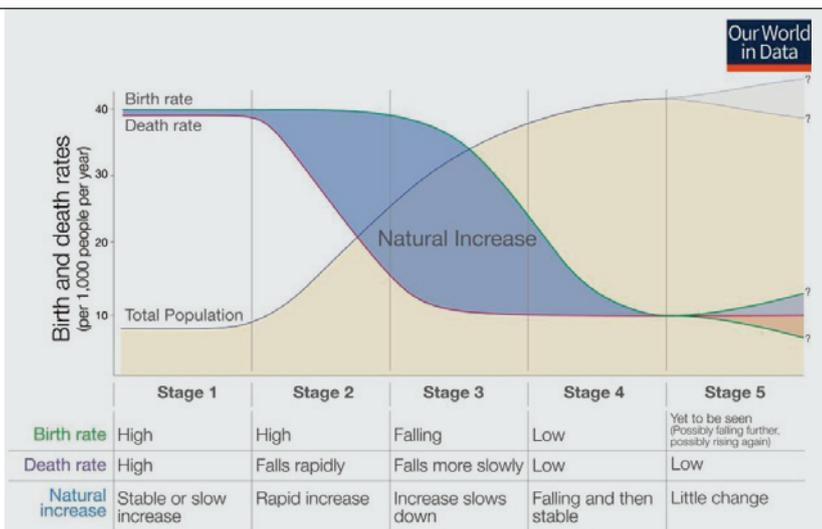
Nell'indagine ISTAT *Aspetti della vita quotidiana* (4), che valuta il biennio 2020-2021, viene effettuata una ripartizione molto interessante, regione per regione, su soggetti in "buona salute" e "Multicronici", con documentazione di un tasso standardizzato medio di 32 per 100 persone oltre i 65 anni (Fig. 3.)

Alla luce di questo andamento e di tali informazioni, la programmazione sanitaria e quindi i dispositivi normativi hanno dovuto affrontare la problematica della *presa in carico della cronicità*.

Le principali caratteristiche delle patologie croniche sono l'insorgenza graduale nel tempo, l'eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile, una cura continua e non sempre risolutiva, una terapia eziologica quasi

Figura 2.
Le cinque fasi della transizione demografica.

Da *L'invecchiamento della popolazione italiana e i suoi effetti in ambito economico* - Cinzia Buccianti, Martina Semboloni, in Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica - Volume LXXIV n.2 Aprile - Giugno 2020.



mai disponibile ed una presa in carico del sistema sanitario a lungo termine.

Le due *milestones* culturali sulle quali si impernia la legislazione e la contrattistica lavorativa sono:

- A il *Chronic Care Model*
- B il Modello Integrato di *Disease Management*

Il *Chronic Care Model* è un modello di assistenza medica sviluppato da Edward H. Wagner e colleghi con i suoi primi lavori pubblicati dal 1996 e numerosi sono gli esempi di efficacia di tale metodo. (5)

Al fine di ottenere i migliori risultati è necessaria un'interconnessione continua e profonda con gli altri livelli organizzativi della comunità, che possono essere esterni al sistema sanitario stesso: regole e risorse economiche giocano un ruolo fondamentale, per una prospettiva coerente di buona salute. (Fig.4)

Il modello integrato di *disease management* (6) rappresenta, partendo dalla patologia, il percorso della presa in carico del problema da parte dei differenti attori che intervengono nel sistema, in punti successivi per tempo e criticità, e presuppone una forte integrazione tra i diversi livelli funzionali e strutturali dell'organizzazione sanitaria. (Fig.5)

Sulla scorta pertanto di questi modelli, il legislatore ha avviato dei percorsi normativi che avessero come obiettivo una rimodulazione del sistema organizzativo sanitario, soprattutto in riferimento all'assistenza primaria generalista e specialistica. Secondo questa visione, tale rimodulazione avrebbe dovuto completare le riforme degli ultimi anni del sistema ospedaliero, partecipando e colloquiando con esso. (DM70)

Principali riferimenti normativi e regolatori

La Legge 189/2012 rappresenta il primo forte riferimento generale per la gestione della cronicità. (7)

Il Ministro Renato Balduzzi, ministro tecnico del Governo Monti, succedette a Ferruccio Fazio che aveva già avviato un lavoro di riforma, e firmò un Decreto Legge (DL 158 del 13/09/2012) sulla riorganizzazione dei servizi sanitari e regolamentazione dell'attività medico-scientifica. Più precisamente la riforma coinvolgeva la sanità territoriale, nella sua necessità di modifica profonda delle attività organizzative.

L'articolo della legge prevede che:

- A** *Le Regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri.*
- B** *Si individuino nuove forme organizzative **mono-professionali**, denominate **aggregazioni funzionali territoriali (AFT)**, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.*
- C** *Si individuano forme organizzate multi-professionali denominate **unità complesse di cure primarie (UCCP)**, che erogano in coerenza con la programmazione regionale prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle ostetriche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e del sociale e rilevanza sanitaria.*

In particolare, le **Regioni** puntano a disciplinare le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospede-

Figura 3. Persone di 18 anni e più e 65 anni e più in buona salute o multicronici per Regione (tassi standardizzati per 100 persone) Anni 2020-2021

	Buona salute		Multicronici	
	18+ anni	65+ anni	18+ anni	65+ anni
Piemonte	69,8	44,4	9,0	25,7
Valle d'Aosta	74,0	49,9	8,4	24,4
Liguria	71,7	45,3	10,3	30,3
Lombardia	69,7	43,4	9,8	29,1
PA di Bolzano	77,6	56,2	6,9	21,9
PA di Trento	75,6	51,3	7,5	22,5
Veneto	69,9	43,3	9,0	26,9
Friuli Venezia Giulia	72,1	45,9	9,5	27,6
Emilia Romagna	71,2	44,9	9,8	27,5
Toscana	72,4	44,1	9,5	27,6
Umbria	72,0	45,2	11,0	32,0
Marche	69,1	40,7	10,3	29,9
Lazio	70,1	40,1	10,7	30,9
Abruzzo	70,7	38,9	11,9	35,4
Molise	66,7	37,1	9,9	28,3
Campania	67,2	30,3	14,3	43,3
Puglia	69,6	37,3	12,6	34,6
Basilicata	64,2	28,2	12,8	37,4
Calabria	60,5	25,0	14,7	41,6
Sicilia	67,2	31,0	13,4	39,2
Sardegna	65,8	37,4	13,8	38,0
Nord-Ovest	70,0	43,9	9,6	28,3
Nord-Est	71,3	45,2	9,2	26,8
Centro	70,8	41,8	10,3	29,8
Sud	67,2	32,5	13,5	39,3
Isole	66,8	32,6	13,5	38,9
Italia	69,4	39,8	11,0	32,0

Figura 4. Immagine tratta da Wagner et al (ref. 5)

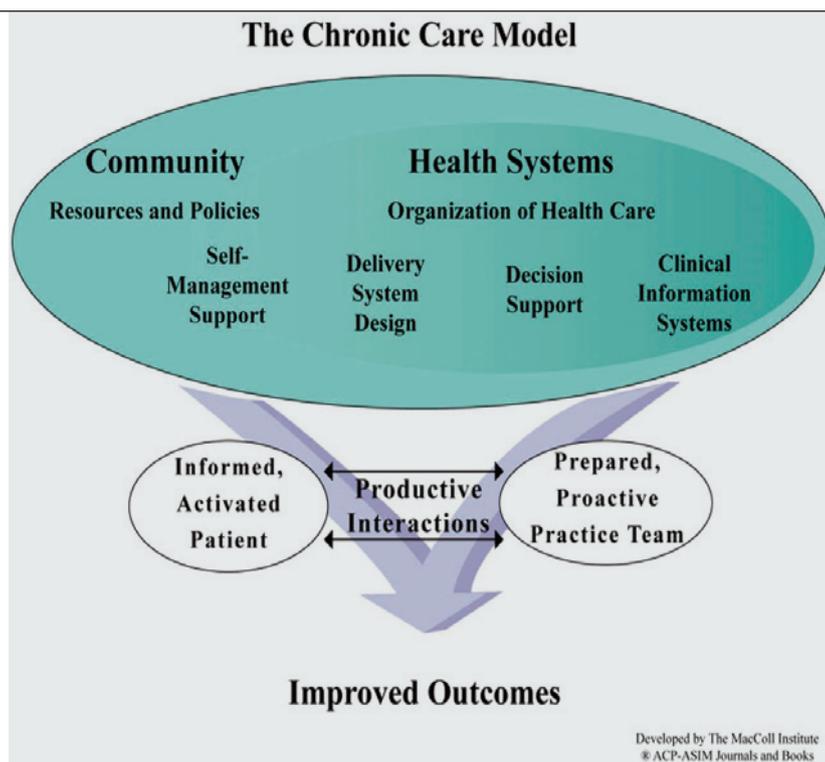


Figura 5. L'approccio di riferimento è il *disease management*, nel quale l'intera rete di assistenza si impegna a prendersi carico della sua patologia e della sua complessità, in un

percorso temporale ben definito e specifico (nella immagine il percorso di *disease management* nella gestione del diabete mellito, ref.6).

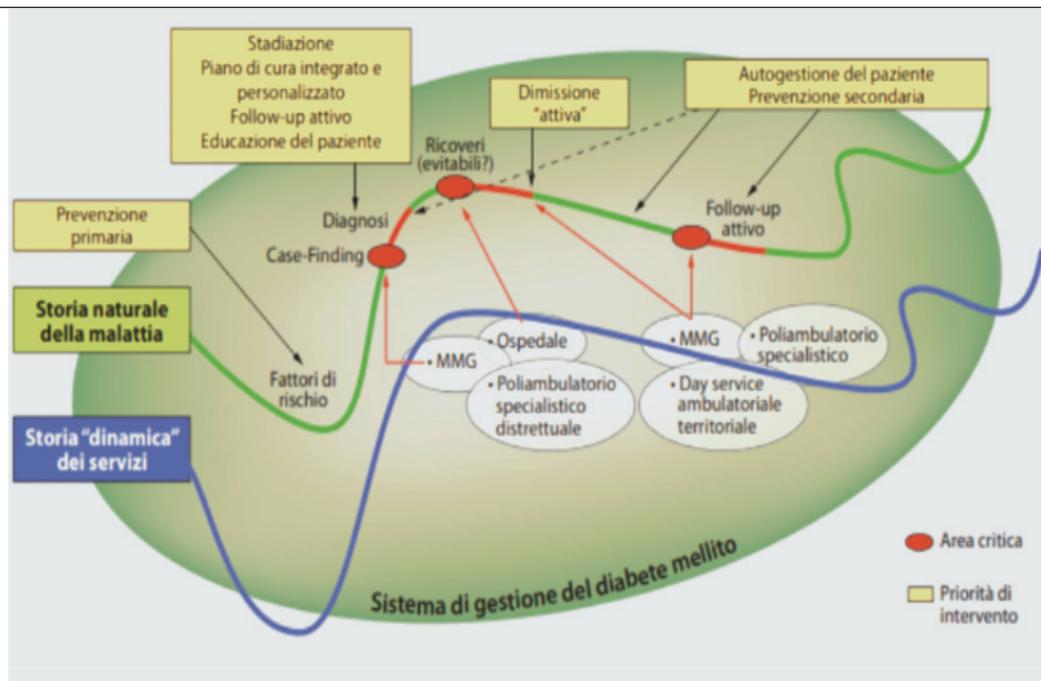
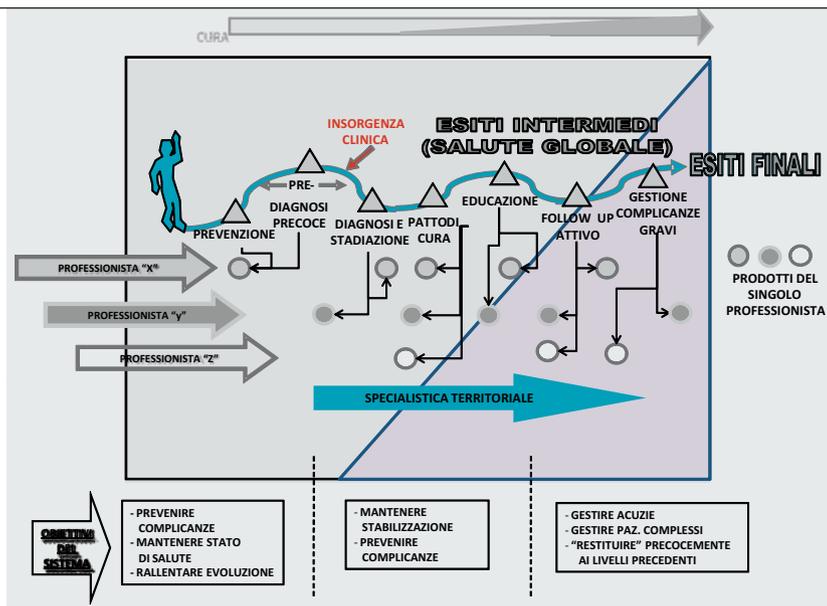


Figura 6. Il Percorso Assistenziale basato sulla intensità di cura. I vari professionisti intervengono in momenti differenti del disease management, all'interno di un quadro di "specialistica territoriale", ciascuno con un proprio contributo ("prodotti del singolo professionista"), con importanza di valutazione degli esiti intermedi ed esiti finali (Piano Nazionale della Cronicità, pag. 27).



daliere.

Le regioni, infine, avvalendosi di idonei sistemi informatici assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informatico e al SSN, compresi gli aspetti relativi al sistema tessera sanitaria.

Il secondo dispositivo normativo cardine è rappresentato dal **Patto per la Salute 2014-2016 e 2019 - 2021**. Il Patto per la Salute rappresenta un accordo finanziario e programmatico tra Governo e Regioni, di durata triennale, in merito alla spesa ed alla programmazione. (8)

L'**articolo 5** del Patto della Salute riguarda l'Assistenza Territoriale, ed è opportuno richiamarlo nella sua interezza nei commi 1, 2 e 2 I, al fine di far emergere la forza con cui viene richiesta l'attivazione di queste nuove forme organizzative.

1 Comma 1. Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN, come previsto dal comma 2 dell'art.1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

2 Comma 2. Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina spe-

cialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle ASL ai sensi dell'art. quinquies del d.lgs. 502/1992 e s.m.i, e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti.

3 Comma 2 I. Al fine di definire le principali linee di intervento nei confronti delle principali malattie croniche, il Ministero della Salute predispone il "Piano Nazionale della Cronicità" da approvare con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Il Patto per la Salute 2019 – 2021 ⁽⁹⁾

È risultato essere il fisiologico prosieguo del sentiero tracciato dal Patto del triennio precedente. Si tratta di un documento di 17 Schede.

La numero 8 riguarda lo Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute e dello sviluppo delle reti territoriali: “Nell’ambito dell’assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento... con l’obiettivo di promuovere il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l’integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l’assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone”.

Il “Piano Nazionale della Cronicità” è un documento pubblicato dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, come Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, datato 15 settembre 2016 (10). È un volume di 149 pagine che rappresenta un vero manuale teorico-pratico per l’approccio alla cronicità.

Il Piano, più precisamente:

- “si prefigge di delineare un sistema mirato a prevenire e gestire la cronicità che, pur sottoposto a un processo di contestualizzazione che tenga conto di quanto fatto dalle singole Regioni, porti nel tempo al progressivo affermarsi di un disegno unitario che garantisca, nel rispetto delle differenze, la massima omogeneità possibile in termini di processi attivati e di risultati raggiunti”;
- ribadisce che “l’ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l’assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e ‘dimis-

Figura 7. Il potenziamento dell’assistenza territoriale secondo l’interconnessione dei diversi modelli (vedi testo). Da <https://salutedigitale.blog/2022/05/09/focus-su-dm71-stratificazione-della-popolazione/>

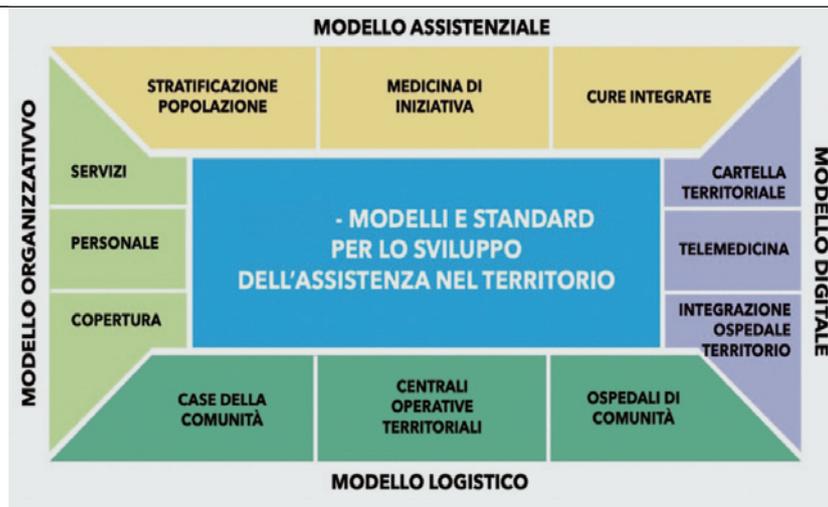


Tabella 1. Principali dispositivi normativi, con anno, tipologia e livelli con i rispettivi aspetti affrontati

Anno	Nome Dispositivo	Tipologia	Livello	Principali Aspetti
2012	Legge 189/2012 (LEGGE BALDUZZI) (DL 13/9/2012)	Legge di Stato	Stato	Attivazione Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)
2014	Patto per la Salute 2014-2016	Accordo Finanziario	Stato – Regioni	Promozione della multiprofessionalità e interdisciplinarietà di AFT – UCCP Attivazione di un Piano per la Cronicità
2016	Piano Nazionale Cronicità	Accordo Programmatico	Stato – Regioni	Individuazione di reti multispecialistiche in nuove forme organizzative; integrazione cure primarie con intermedie, anche mediante la digitalizzazione
2019	Patto per la Salute 2019 - 2021	Accordo Finanziario	Stato – Regioni	Integrazione nei modelli organizzativa della specialistica ambulatoriale convenzionata
2022	DM 77	Decreto Legge	Stato	Individuazione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale. Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali

sioni assistite’ nel territorio finalizzate a ridurre il drop-out della rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità”.

Inoltre molto spazio viene dato ai Percorsi Assistenziali dei soggetti con patologia cronica, all’interno di un Continuum assistenziale (Figura 6), che:

- A** deve essere pianificato nel lungo periodo e gestito in modo proattivo e differenziato, per rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni specifici e prevenire l’insorgenza di complicanze evitabili;
- B** deve essere condiviso e gestito da un team composto da diverse figure (MMG, PLS, Infermiere, specia-

lista territoriale e ospedaliero, assistente sociale, etc.) in una logica di collaborazione e corresponsabilità, individuando il soggetto responsabile della gestione del percorso di cura;

- C** preveda un Follow up che dovrà essere gestito con una maggiore o minore presenza dell’uno o dell’altro attore assistenziale, a seconda delle fasi e del grado di complessità, che mantiene sempre e comunque la propria “appartenenza” al Team integrato ed a tutta la rete assistenziale.

Il territorio quindi, secondo il Piano Nazionale della Cronicità, rappresenta il luogo privilegiato per valutare i bisogni del paziente e presidiare i per-

corsi dei pazienti cronici, costituendo un centro di offerta proattiva e personalizzata di servizi in integrazione e in continuità con l'offerta sociosanitaria. Infatti il territorio costituisce il setting di elezione per affrontare e gestire tutte le complessità e le eventuali comorbilità, anche grazie alla possibilità di avvalersi di competenze specialistiche multidisciplinari articolate, per quanto possibile, in **sistemi "a rete" di tipo ambulatoriale** (ambulatori protetti, ambulatori specialistici multidimensionali e multidisciplinari, day service) o ospedaliero diurno (day hospital, day surgery), o in ospedali di comunità, riservando i ricoveri ordinari a casi limitati o di grande severità e complessità.

Sempre secondo l'indirizzo nazionale del Piano della Cronicità *"occorre adeguare l'organizzazione territoriale ed ospedaliera, rivedendo l'intera filiera dei suoi servizi secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa complessità. In conclusione la sfida è quella di implementare le previsioni normative della legge n. 189/2012 e del Patto per la salute 2014-2016, riorganizzando le cure primarie e l'assistenza territoriale in modo da fornire ai cittadini un servizio nuovo ed efficace, capace di rispondere ai loro bisogni e ai bisogni emergenti della società"*.

L'obiettivo è quello di superare la modalità frammentata che caratterizza molti servizi e improntare l'assistenza territoriale a nuovi principi di tutela delle persone:

- **Chronic Care Model**
- **Presa in carico**
- **Garanzia della continuità dell'assistenza**
- **Utilizzo di equipe multidimensionali**, con conseguente riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso e attuazione di una vera e propria assistenza H24.

L'ultimo dispositivo legislativo cardine sulla gestione della cronicità ha visto la luce immediatamente dopo la fase acuta della pandemia da Covid-19. Si tratta del **Decreto Ministeriale 21 maggio 2022 n 77 (11)**, sul regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo del-

l'assistenza territoriale nel SSN, rientrando nella Mission 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

La Mission 6 del PNRR consta di due parti: la M6C1, sulle Reti di Prossimità, strutture e telemedicina e la M6C2 su Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

Il DM77, che nasceva inizialmente come DM71, rappresenta la declinazione ultima dei principi innovativi che ispirano la gestione della cronicità sul territorio, affrontando quelli che rappresentano gli Standard cui far riferimento nella costruzione di questo modello.

Il potenziamento dell'assistenza quindi si basa sulla risultante della interconnessione di 4 modelli (12), secondo specifici principi (Figura 7):

- **Modello Assistenziale**: stratificazione della popolazione, medicina di iniziativa, cure integrate;
- **Modello Organizzativo**: gestione dei servizi, del personale e copertura di esso;
- **Modello Logistico**: Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità;
- **Modello Digitale**: Cartella Territoriale, Telemedicina, Integrazione Ospedale-Territorio;

Alla luce di quanto abbiamo riassunto (Tab. 1), da tempo l'organizzazione dell'assistenza territoriale della cronicità è stata oggetto di ripensamento e rimodulazione.

Sicuramente gioca un importante ruolo la problematica degli investimenti e delle risorse, ma ancora maggiormente la volontà e la motivazione da parte dei protagonisti e degli attori del sistema.

Investimenti e progetti, senza coinvolgimento e reale presa di coscienza del cambiamento non bastano a modificare i livelli organizzativi: sono cioè condizioni necessarie, ma non sufficienti.

Ora è tempo che le Regioni e le Aziende facciano la loro parte, che i professionisti si mettano davvero in gioco e che le organizzazioni sindacali promuovano e favoriscano il cambiamento.



È il tempo da parte delle regioni e delle aziende territoriali di fare la propria parte, dei professionisti della salute di mettersi in gioco, delle organizzazioni sindacali di favorire e spiegare che si tratta di un cambiamento epocale, ed è necessario abdicare a consuetudini e modalità ormai anacronistiche e non più accettabili, al fine di ritornare in sintonia con i veri bisogni della popolazione

Bibliografia e sitografia essenziale

1. *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità – le Sfide del PNRR per la sanità territoriale* – Antonio Brambilla, Gavino Maciocco – Carocci Editore 2022;
2. *L'invecchiamento della popolazione italiana e i suoi effetti in ambito economico* – Cinzia Buccianti, Martina Semboloni, in Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica – Volume LXXIV n.2 Aprile-Giugno 2020;
3. <https://data.worldobesity.org/rankings/?age=a&sex=m> (visita del 25/09/2023);
4. *Aspetti della Vita quotidiana – Indagine ISTAT* https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3270_allegato.pdf (visita del 25/09/2023);
5. Wagner EH, Organizing Care for Patients With Chronic Illness Revisited. *Milbank Q.* 2019 Sep;97(3):659-664. doi: 10.1111/1468-0009.12416;
6. *Da Gestione integrata e percorsi assistenziali*, 3/2011 – Il Pensiero Scientifico Editore;
7. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/11/10/012G0212/sg> (visita del 25/09/2023);
8. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_2986_listaFile_itemName_8_file.pdf (visita del 25/09/2023);
9. <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/> (visita del 25/09/2023);
10. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2584_allegato.pdf (visita del 25/09/2023);
11. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg> (visita del 25/09/2023);
12. <https://salutedigitale.blog/2022/05/09/focus-su-dm71-stratificazione-della-popolazione/> (visita del 25/09/2023);

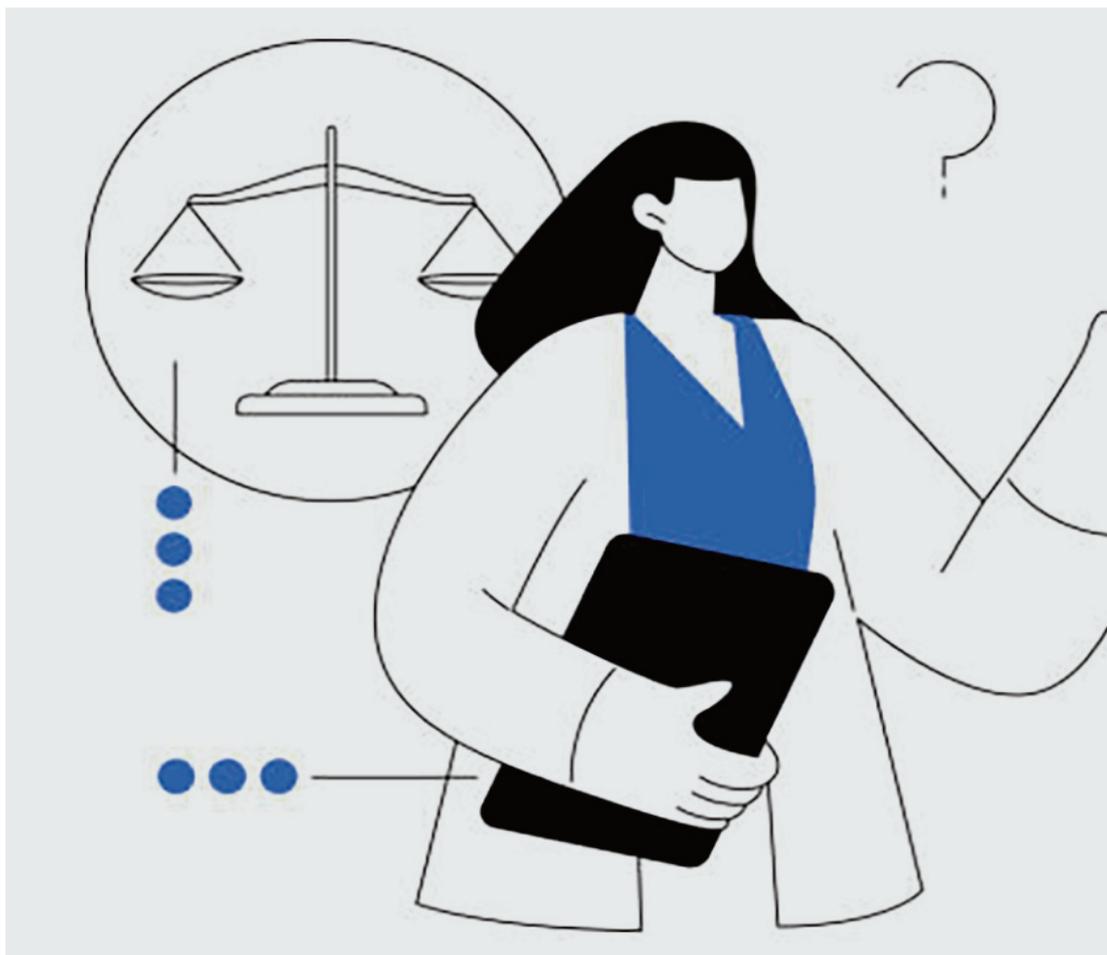
IL CODICE

È più conosciuto che rispettato

Questa è l'estrema sintesi di una survey condotta tra medici e studenti su tutto il territorio nazionale (anche se le risposte sono arrivate in prevalenza dal Lazio)

a cura di
Loris Pagano
Mmg, docente
sanità pubblica

Ilaria Miano,
Francesco Maturilli
Facoltà di Medicina
e Chirurgia
Università Sapienza
Roma



“ La conoscenza del Codice può servire a capire quali sono i principi e le regole che ogni sanitario deve osservare e alle quali deve ispirarsi nell'esercizio della professione

Vista la necessità di adeguare e aggiornare il codice deontologico al cambiamento della società e considerata la sua importanza nell'esercizio della professione medica, si è avvertita l'esigenza di condurre un'indagine conoscitiva e di verifica di quanto sia conosciuto, considerato e applicato il codice deontologico medico. Chi esercita la professione medica, come ogni altro professionista, deve rispondere di fronte alla legge del proprio operato.

La conoscenza del Codice può servire dunque non tanto come strumento da parte del paziente o del cittadino per la tutela dei propri diritti, cui già provvedono le norme di legge, quan-

to a capire quali sono i principi e le regole che ogni sanitario deve osservare e alle quali deve ispirarsi nell'esercizio della professione.

Attraverso un questionario sul territorio rivolto a medici e studenti di medicina, si è cercato di capire il grado di conoscenza del codice deontologico, l'importanza che gli viene attribuita e quali sono i temi conosciuti. Infine, si è valutato quali sono i temi che suscitano maggior interesse e quali necessitano di maggiore approfondimento.

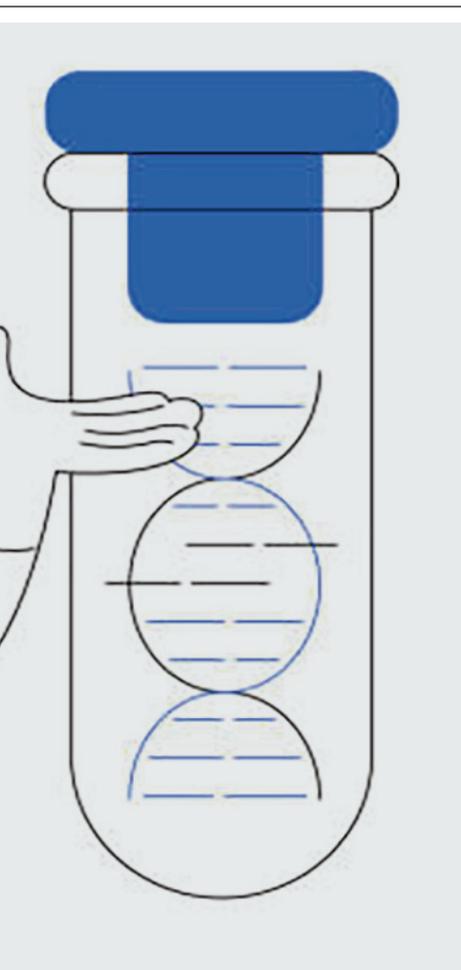
Grazie a questa indagine, dunque, abbiamo oggi un'idea reale della rilevanza del codice e di quanto la classe medica sia formata ed informata

sulle varie tematiche contenute all'interno del codice stesso.

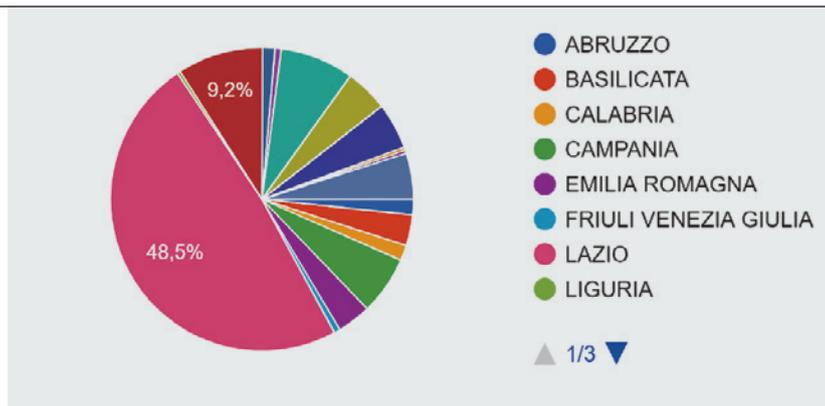
Per la raccolta dei dati si necessitava di uno strumento digitale dotato di un'interfaccia semplice e comprensibile per l'utenza, accessibile e di facile diffusione.

È stato quindi elaborato un questionario *Google Forms* con domande semplici e dirette. Il questionario è stato poi condiviso per mezzo di un quiz diretto, senza bisogno di registrazione, così da garantire una maggiore accessibilità ai partecipanti.

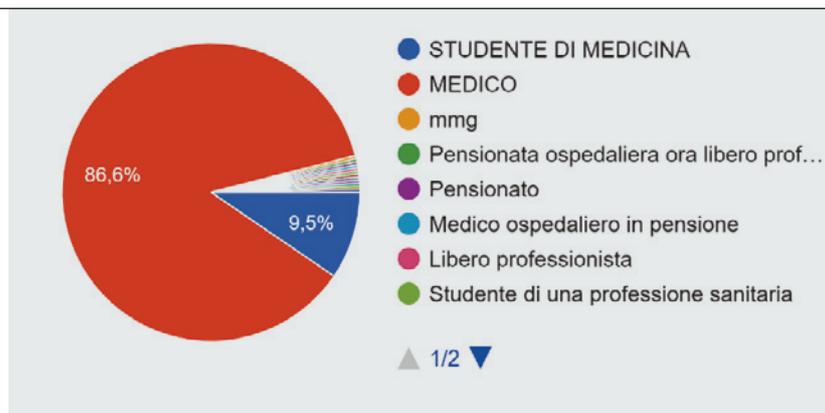
Il sistema utilizzato ha permesso la raccolta dei dati in forma totalmente anonima; grazie all'anonimato gli intervistati hanno potuto più libera-



Regione
305 risposte



Attività
305 risposte



mente esprimere eventuali carenze nella conoscenza dell'argomento e lasciare un commento libero nelle domande che lo richiedevano.

La piattaforma utilizzata ha elaborato automaticamente i risultati delle variabili analizzate in forma grafica e quantitativa sotto forma di diagrammi circolari e istogrammi, agevolando così il nostro lavoro.

Il questionario è stato indirizzato a medici e studenti di medicina del territorio Italiano. Sebbene la maggior parte degli intervistati provenga dall'Università La Sapienza, la diffusione del questionario si è estesa anche ad altre sedi universitarie romane e laziali per poi raggiungere medici e studenti in altre regioni della penisola da Nord a Sud.

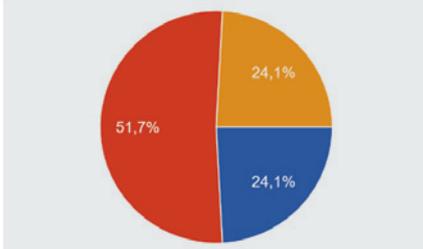


Chi esercita la professione medica, come ogni altro professionista, deve rispondere di fronte alla legge del proprio operato

Studente

Ritieni di essere stato adeguatamente informato sul codice deontologico durante il percorso universitario?
29 risposte

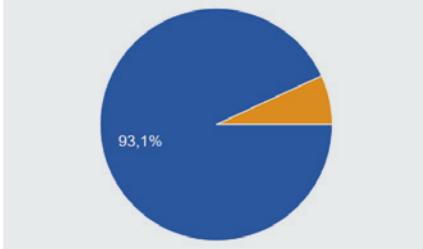
● SÌ
● NO
● NON SO



Studente

Pensi sia necessario che la conoscenza dell'argomento venga approfondita in modo più sistematico?
29 risposte

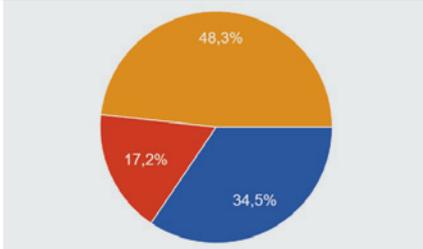
● SÌ
● NO
● NON SO



Studente

Pensi che il codice venga rispettato?
29 risposte

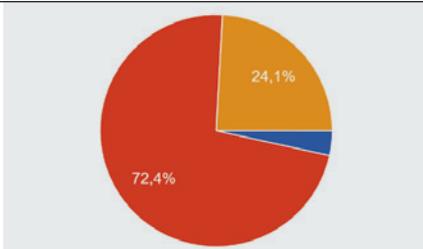
● SÌ
● NO
● NON SO



Studente

Sei a conoscenza delle tematiche di nuova introduzione?
29 risposte

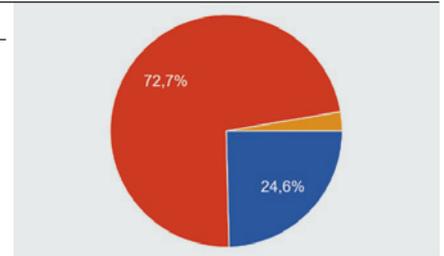
● SÌ
● NO
● NON SO



Medico

Ritieni di essere stato adeguatamente informato sul codice deontologico durante il percorso universitario?
264 risposte

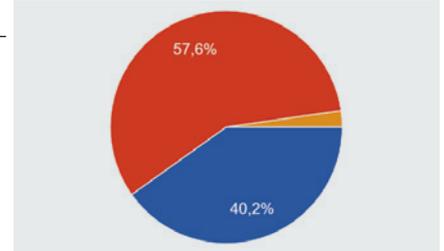
● SÌ
● NO
● NON SO



Medico

Ritieni di essere stato maggiormente informato post universitario?
264 risposte

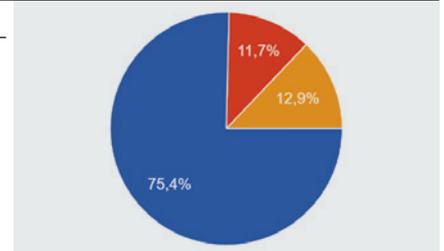
● SÌ
● NO
● NON SO



Medico

Conosci i temi del codice deontologico?
264 risposte

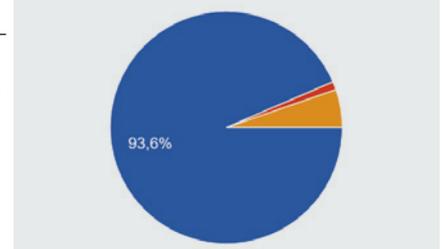
● SÌ
● NO
● NON SO



Medico

Pensi sia necessario che la conoscenza dell'argomento venga approfondita in modo più sistematico?
264 risposte

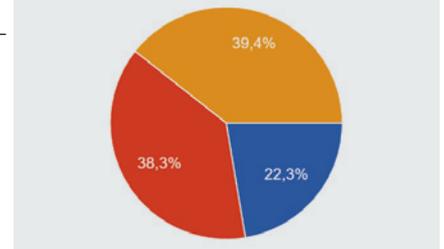
● SÌ
● NO
● NON SO



Medico

Pensi che il codice venga rispettato?
264 risposte

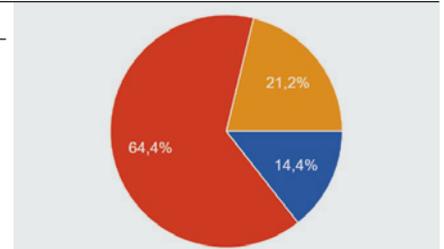
● SÌ
● NO
● NON SO

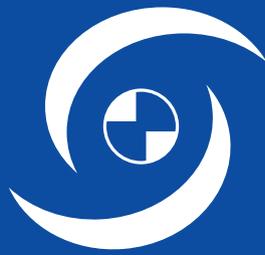


Medico

Sei a conoscenza delle tematiche di nuova introduzione?
264 risposte

● SÌ
● NO
● NON SO





Sumai

ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



www.sumaiassoprof.org



UN PIANO PER STARE IN SALUTE



Una copertura sanitaria su misura per medici e odontoiatri.

Prestazioni a tariffe agevolate anche in strutture convenzionate e in situazioni particolarmente critiche.

Scopri l'offerta dei piani sanitari integrativi per il 2024.

Vai su **www.SaluteMia.net**