



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

## **GRUPPO DI LAVORO COMITATO CENTRALE “CANTIERE PER LE RIFORME”**

### **MEDICINA OSPEDALIERA**

#### **PREMESSA**

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

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

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

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

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

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

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



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

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



## FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

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

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