

FNOMCEO 2021 – 2024. Documento programmatico

LO SCENARIO ATTUALE

La nostra società vive in questo momento un periodo di profondi cambiamenti, molti dei quali determinati proprio dalla pandemia da Sars-Cov2.

Anche la nostra professione è stata drammaticamente coinvolta in tutte le sue espressioni, dovendo far fronte ai propri doveri in condizioni di sicurezza precari e pagando, con gli oltre 330 medici deceduti per Covid 19, un prezzo altissimo per poter assicurare a tutti una adeguata assistenza.

La pandemia di Covid ha messo in luce e amplificato carenze e criticità del nostro Servizio Sanitario Nazionale causati da decenni di tagli lineari e di politiche, alimentate da una cultura aziendalistica che guardava alla salute e ai professionisti come costi su cui risparmiare e non come risorse sulle quali investire. Ha acceso impietosamente un riflettore su criticità e carenze che pian piano sono ormai strutturali, divenendo elementi costitutivi del sistema. Carenze di personale, con medici ospedalieri che hanno dovuto fare turni anche di 24 ore di seguito, per poter gestire i pazienti che continuavano ad affluire senza sosta. Carenze a livello edilizio, con l'impossibilità, in molti ospedali, di separare i percorsi 'sporco' e 'pulito'. Carenze strumentali, di posti letto, delle terapie intensive.

Carenze organizzative, con medici di famiglia lasciati soli ad assistere i pazienti domiciliati; abbandonati a se stessi, senza protocolli, linee guida; senza personale di supporto, privi di strumentazione adeguata, senza saturimetri e bombole d'ossigeno. Senza dispositivi di protezione individuale. Carenze nella sicurezza, appunto, che hanno portato molti medici a contagiarsi, alcuni a pagare con la vita il loro impegno.

Il Sacrificio dei Medici

Hanno superato la soglia dei trecento i medici che non ce l'hanno fatta, che hanno pagato con la vita l'aderenza ai principi del Codice di Deontologia Medica e del Giuramento. Che hanno risposto 'sì' a una richiesta di aiuto, memori di quella promessa di curare tutti, senza discriminazione alcuna. Anche se le mascherine non si trovavano, se i guanti erano finiti. È questo che è successo al nostro Roberto Stella,

che, per la Fnomceo, curava la formazione dei medici. È questo che è accaduto a molti altri, ai 120 mila operatori sanitari contagiati.

Il Diritto alla Salute ed il SSN

Nonostante tutto, i medici hanno continuato a svolgere il loro lavoro, moltiplicando i sacrifici e le rinunce: oggi più che mai possiamo dire, a ragion veduta, che sono loro, che sono i professionisti e gli operatori, il vero tessuto connettivo della nostra società, che ha tenuto e tiene in piedi il Servizio sanitario nazionale.

Proprio così, perché garantire, nonostante le tantissime carenze e difficoltà, il diritto alla salute ai nostri cittadini, senza distinzione alcuna, significa essere a servizio del progresso e della nostra civiltà in questo straordinario Paese che poggia le sue basi democratiche sui diritti inviolabili dell'Uomo, così come richiamati all'articolo due della nostra Costituzione.

Un diritto, quello alla salute, garantito dalla legge n. 833 del 1978 che ha istituito il Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo dichiarato di assicurare tale diritto a tutti i cittadini, senza alcuna distinzione sociale, economica o territoriale, prevedendo, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale, che siano fissati i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantiti a tutti i cittadini.

Il Regionalismo

Non possiamo non evidenziare come i singoli sistemi sanitari regionali registrino, al contrario, rilevanti differenze di qualità ed efficienza rispetto alla garanzia dei livelli essenziali d'assistenza. Sono in aumento, infatti, le disuguaglianze di salute tra le regioni – soprattutto tra quelle del Nord e quelle del Sud. Il Covid è arrivato su questo terreno e ha aperto varchi, scavato solchi, che rischiano di diventare voragini capaci di inghiottire i diritti civili, garantiti dalla nostra Costituzione. E a tutela di tali diritti, del diritto alla Salute, di cui all'articolo 32, del diritto all'Uguaglianza, di cui all'articolo 3, della garanzia stessa dei diritti inviolabili dell'uomo, di cui all'articolo 2, lo Stato elegge gli Ordini delle Professioni Sanitarie, quali suoi Enti Sussidiari.

Dobbiamo vigilare quindi: ripianare tali solchi, affinché non si aprano crepacci insanabili.

Occorre pertanto garantire il superamento delle differenze ingiustificate tra i diversi sistemi regionali, creando un sistema sanitario più equo, salvaguardando il servizio sanitario nazionale pubblico e universalistico.

Il raggiungimento di obiettivi di salute deve restare la finalità prioritaria del servizio sanitario e occorre rimettere in primo piano gli obiettivi di salute, favorire la partecipazione dei cittadini, mettere i professionisti nelle condizioni di perseguire tali obiettivi in autonomia e indipendenza.

Gli attuali criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, basati su un meccanismo che definisce il fabbisogno regionale standard, dovrebbero essere ripensati correlando il fabbisogno al reale e diversificato bisogno della comunità e alla domanda di salute, sulla base della prevalenza di patologie insistenti su determinati territori, introducendo il parametro basato sul dato epidemiologico di morbilità regionale, e tenendo conto della popolazione affetta da malattie croniche invalidanti, sulla scorta dei dati rilevati dai piani annuali della prevenzione, e differenziandolo anche in base alle carenze infrastrutturali, alle condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché alle condizioni di deprivazione e di povertà sociale, condizioni, che inevitabilmente determinano variazioni anche sui costi delle prestazioni.

Si dovrebbe procedere alla revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure.

Serve uno specifico sforzo volto a promuovere un sistema organico di strumenti di governance per l'uniformità, all'interno del Paese, degli standard dei sistemi di cure, nei diversi aspetti dell'accesso, della completezza e della qualità dell'offerta, degli oneri a carico dei cittadini, degli esiti in termini di salute. Occorre modificare la governance del nostro Servizio sanitario nazionale, al fine di voler rivisitare i LEA, garantendo una maggiore offerta sanitaria, di voler rivedere le modalità di costituzione e ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale.

L'Aziendalizzazione

La sostenibilità economica del servizio sanitario nazionale non può e non deve passare attraverso una compressione del diritto alla salute e non può più passare attraverso la riduzione di risorse economiche e umane. Dobbiamo mettere un punto e a capo: lasciarci definitivamente alle spalle politiche di aziendalizzazione della sanità e di mercificazione della salute.

Dobbiamo ripartire, ricostruire il nostro Servizio Sanitario Nazionale sui principi che ne ispirarono la nascita: universalità, equità, uguaglianza. Principi che coincidono con i caposaldi del nostro Codice di Deontologia Medica: umanità, solidarietà, sussidiarietà,

tutela della salute individuale e collettiva, senza discriminazione alcuna, attuata attraverso la tutela della dignità, decoro, indipendenza e della qualità della professione. Non si può fare la sanità senza i medici.

La Formazione

Medici che studiano dai dieci agli undici anni prima di entrare nel Servizio sanitario nazionale. Studiano per acquisire quelle competenze teoriche e tecniche, uniche e peculiari, che, amalgamate con l'altrettanto unico e identitario patrimonio di valori etici, permettono a un Medico di definirsi tale. È dalla formazione, dunque, che dobbiamo partire, come fonte del sapere, saper fare, saper essere medico.

Si deve risolvere una volta per tutte il problema del cosiddetto 'imbuto formativo', il collo di bottiglia tra la laurea e la formazione post lauream, che tiene intrappolati oggi almeno diecimila giovani medici, laureati, abilitati. A ciascun laureato in medicina deve corrispondere un percorso formativo post lauream: una borsa nelle Scuole di Specializzazione, un posto al Corso di Formazione Specifica per la Medicina Generale. E questo nell'ottica di assicurare ai cittadini un'assistenza di qualità, immettendo nel sistema un congruo numero di specialisti e di medici di medicina generale. Perché, lo ribadiamo ancora una volta, in Italia non mancano i medici: mancano gli specialisti e i medici di medicina generale. E il numero di contratti di formazione *post lauream* è insufficiente a coprire la richiesta di specialisti e di percorsi formativi rispetto al numero di laureati.

Si deve dunque procedere ad una vera riforma del sistema, che veda la formazione diventare un unicum dall'ingresso in Medicina fino alla specializzazione o all'accesso al corso di medicina generale, e che potrebbe essere anticipata da un percorso, durante gli ultimi anni delle superiori, che vada a far parte del curriculum e dia crediti per l'accesso a Medicina. È necessario un provvedimento normativo che faccia corrispondere, per legge, a ogni laurea in Medicina un percorso di specializzazione o di formazione in Medicina Generale. È necessario per dare un futuro ai nostri giovani medici e, soprattutto, al Servizio sanitario nazionale e alla rete di assistenza dei cittadini.

Si deve ampliare ulteriormente il numero delle borse per la Medicina Generale e i contratti per le Scuole di specializzazione. Bisogna inoltre recuperare le borse per la Medicina Generale 2020, ad oggi non ancora assegnate.

Si deve effettuare una programmazione efficace per cui a ogni laurea corrisponda una borsa, in modo che tutti gli studenti che entrino nel percorso ne possano uscire specializzati.

Si deve far sì che il titolo di Medico di Medicina Generale, pur nella peculiarità del corso, che deve essere triennale e che non può prescindere dal ruolo degli Ordini, sia equiparato a una specializzazione. La riorganizzazione del territorio passa, infatti, anche e soprattutto dal riconoscimento della Medicina Generale quale disciplina specialistica a tutti gli effetti.

Serve una Riforma del SSN

Primo punto su cui intervenire è, dunque, la formazione di nuovi medici. Ma quando un medico, dopo dieci undici anni di studio, entra nel Servizio Sanitario Nazionale, cosa trova? Il Servizio Sanitario Nazionale è ancora attrattivo? Offre condizioni di lavoro tali da rendere tutto il sistema di cure efficace ed efficiente, e di offrire così al cittadino la migliore assistenza?

Parrebbe di no, a giudicare da un recente studio messo in campo dal sindacato dei medici ospedalieri Anaa-Assomed: quasi un iscritto su due, tra un paio d'anni, non si vede più in ospedale. Sogna la fuga: verso l'estero, verso il privato, verso la pensione. I medici sono stremati: sottoposti, per via del blocco del turnover e della conseguente carenza di organico, a turni massacranti; costretti a rinunciare a ferie, riposi, e a vivere quasi con rimorso i periodi di malattia e maternità, pur di non lasciare soli i colleghi e sguarniti i reparti. Così, solo il 54% dei medici si vede ancora in un ospedale pubblico tra due anni e il 75% ritiene che il proprio lavoro non sia stato valorizzato.

Questi dati destano inquietudine e preoccupazione: l'insoddisfazione che emerge tra i medici ospedalieri per le loro condizioni di lavoro è una sconfitta per l'intero Servizio sanitario nazionale. La loro tentazione di fuggire è un pericolo che mette a rischio la tenuta di tutto il sistema.

Oggi qualcosa forse nel pensiero politico sta cambiando: crescono gli investimenti sulla sanità. E questo grazie all'impegno del Governo e del Parlamento, che hanno finalmente compreso il valore del Servizio sanitario nazionale e l'impegno dei medici. La pandemia di Covid, però, come già detto, ha impietosamente messo in luce carenze organizzative che erano ormai strutturali. Carenze che ora vanno sanate. Va assunto nuovo personale, nuovi specialisti. È un bene aver aumentato i posti nelle

terapie intensive, ma diventa quasi inutile se non si formano ed assumono anestesisti e altri professionisti per gestire i pazienti. Si devono adottare iniziative per avviare un piano di assunzioni di medici, procedendo, tra l'altro, alla stabilizzazione a tempo indeterminato del gran numero di specialisti medici attualmente ancora precari.

Vanno costruiti nuovi ospedali, che permettano il rispetto delle norme di sicurezza e che tengano separati i percorsi Covid da quelli per la cura delle altre patologie. Servono ospedali flessibili. In caso contrario, si privilegerà, come è già accaduto, la cura del Covid rispetto a quella di malattie non meno gravi e, alla fine della pandemia, saremo costretti a contare, oltre alle morti da Covid, anche quelle indirette da tumori, malattie cardiovascolari e altre patologie, dovute all'abbandono delle cure.

Patologie che, quando diventano croniche, possono e devono essere curate sul territorio. E, per far questo, dobbiamo sganciarci da modelli ormai obsoleti.

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

Dobbiamo abbandonare l'immagine, romantica ma non più aggiornata alle attuali esigenze, del medico condotto, solo nel suo studio, con la sua borsa, il fonendoscopio, lo sfigmomanometro. Dobbiamo sostituirla con quella di un medico di medicina generale che lavora in equipe con l'infermiere, l'assistente di studio, il fisioterapista, lo psicologo e l'assistente sanitario. Che dispone di una strumentazione adeguata, che lo mette in grado di fare diagnostica di prima istanza: un'ecografia, un elettrocardiogramma. Che può collegarsi, in teleconsulto, con gli specialisti ambulatoriali. È questo il medico del prossimo futuro, un futuro sul quale siamo già in ritardo.

Bisogna rafforzare l'assistenza territoriale, attraverso un potenziamento sul territorio delle unità speciali di continuità assistenziale per la gestione domiciliare di circa 500mila pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, anche al fine di alleggerire i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta, consentendo agli stessi di svolgere al meglio e in maggiore sicurezza l'attività assistenziale ordinaria. Servono investimenti sulla sicurezza delle strutture e degli operatori della sanità, sulla prevenzione nei luoghi di lavoro.

Occorre lavorare per dare piena applicazione alla Legge n. 38 del 2010 sulle cure palliative, che devono diventare strumento per garantire la dignità della persona e il sollievo dalla sofferenza. È opportuno promuovere l'accesso alle cure palliative, anche attraverso campagne informative e attività di formazione sia pre sia post-lauream. Necessario anche un coinvolgimento più marcato e attivo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e la realizzazione di ospedali senza dolore.

Sulla targa che abbiamo apposto nella Sala Luigi Conte in occasione della 1^ Giornata dedicata alle Professioni Sanitarie il 20 Febbraio scorso si legge:

“Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera”. Durante l'epidemia da Covid-19 le parole dell'articolo 3 del Codice di Deontologia Medica sono apparse a tutti come l'anima della professione e hanno ispirato comportamenti che hanno condotto molti colleghi al sacrificio della propria vita. Ogni medico ha giurato di curare tutti, senza discriminazione, di avere cura dei propri pazienti in ogni emergenza, di curarli senza arrendersi mai. Si tratta di valori che vengono messi in pratica sempre, ma che sono diventati drammaticamente evidenti durante l'emergenza da Covid-19. È stato soprattutto allora che i medici hanno seguito i loro principi e adempiuto al loro dovere con impegno e abnegazione, perché per noi medici “Ogni vita conta”, come recita una campagna della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini, che presiedo. Sono circa 2 milioni le persone che sono guarite dal Covid grazie anche al contributo di tutti gli operatori della sanità in una pandemia che ha fatto fermare il mondo e che continua a mietere vittime sia tra la popolazione che tra i medici. A oggi sono purtroppo 327 i colleghi deceduti a causa della pandemia.

Il Giuramento è l'atto propedeutico che segna l'inizio della professione e che, rinnovato giorno per giorno, accompagnerà poi il medico per tutta la sua vita professionale e per l'intero arco della sua esistenza. Nel giurare, il medico si dichiara consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compie e dell'impegno che assume. Da quel momento, tutta la sua vita sarà volta a tener fede a quell'impegno, realizzando nell'alleanza terapeutica il bene dei pazienti e garantendo nella società i diritti fondamentali della salute e dell'uguaglianza, alla base della nostra democrazia. È così che il medico si fa garante e fautore della 'democrazia del bene', rendendo gli uomini uguali di fronte ai diritti che spettano loro in quanto persone. È una consapevolezza

che matura e si evolve nel tempo, una promessa che si rinnova e si mantiene continuamente e che non viene mai infranta, perché è l'essenza stessa della professione. Ed è per questo che non basta il titolo della laurea per chiamarsi medico, occorre l'ingresso e la permanenza nell'Ordine e l'adesione a principi autonomamente condivisi, che impegnano a mettere al servizio del bene, degli altri, della comunità le competenze acquisite.

Il significato di quel Giuramento è diventato drammaticamente reale e manifesto durante l'epidemia di Covid-19: è allora che tutti hanno visto quelle parole, quei precetti, farsi carne, assumere le sembianze dei medici impegnati nella gestione dell'emergenza. Ma non c'è giorno che quelle stesse parole non diventino atti concreti, al servizio della salute e del bene comune. Le tante immagini di medici all'opera durante la pandemia testimoniano quei valori e rappresentano il meglio del nostro Paese, oltre che della professione e di un servizio sanitario equo, egualitario e solidale. Il patrimonio di valori testimoniato dai professionisti della salute rimarrà qui, rimarrà nostro, anche quando l'epidemia sarà finita. E dovrà rimanerne anche la memoria. Da questo bisogna partire per ripensare il nostro sistema sanitario e il nostro Paese.

LE PRIORITA' IN 10 PUNTI 2018 E GLI OBIETTIVI RAGGIUNTI

Tre anni fa individuammo le priorità su cui intervenire elencandole in 10 punti programmatici condivisi nel consiglio nazionale straordinario del 16 gennaio 2018.

Oggi possiamo dire, grazie all'apporto di tutti: esecutivo, comitato centrale, consiglio nazionale, ordini provinciali e con il supporto della nostra struttura amministrativa, di aver realizzato in tutto o in larga parte gli obiettivi che ci eravamo allora posti e che avevamo sintetizzato nei dieci punti programmatici.

1. RILANCIARE I TEMI ETICI

“Avviare una riflessione sui temi etici più pregnanti che orientano la nostra professione non solo con riferimento alla tutela della salute del singolo individuo, ma a quella dell'intera collettività, al fine di ripensare i contenuti del Codice di Deontologia medica”.

- Abbiamo indetto il 24 marzo 2018 gli Stati Generali della professione. Grazie al prof. Cavicchi e alla Commissione Fnomceo sugli stati generali abbiamo pubblicato il testo “Stati Generali della Professione - 100 Tesi per discutere del medico del futuro” a cura di Ivan Cavicchi. Abbiamo chiesto a tutti gli Ordini un contributo sulle tesi e abbiamo organizzato 5 incontri nazionali, a cui hanno partecipato i presidenti degli ordini e ben 30 esperti, che attraverso gruppi di lavoro e sessioni plenarie hanno affrontato i temi delle sei macroaree individuate nel testo sugli Stati Generali.
- Abbiamo raccolto documenti, osservazioni e proposte che risulteranno utili per concludere questo percorso, purtroppo interrotto dalla pandemia, con un documento finale che sarà utile per mettere in moto nel prossimo mandato la modifica del Codice di Deontologia Medica.
- Abbiamo incontrato i consiglieri degli ordini provinciali dei medici in ben 16 regioni italiane e con loro abbiamo discusso delle principali tematiche oggetto di discussione degli Stati Generali. Purtroppo il covid ha interrotto questo tour programmato e speriamo di riprenderlo quanto prima, completando gli incontri nelle regioni mancanti.

2. UN NUOVO RUOLO PER GLI ORDINI

a. Intraprendere immediatamente il confronto con il Ministero per la definizione dei contenuti dei decreti attuativi della Legge Lorenzin e contribuire alla loro stesura

- Abbiamo avviato una stretta collaborazione con il Ministero e ci siamo fatti promotori di una proposta condivisa con tutte le federazioni sanitarie del regolamento previsto dalla Legge 3/2018 presentandolo al Ministro Speranza il 28 maggio 2020.

b. Definire operativamente il nuovo ruolo degli Ordini Professionali, ed in particolare di quello dei Medici e degli Odontoiatri, in modo da rendere concreta ed efficace la loro attività di Enti sussidiari dello Stato.

- È stato sottoscritto in data 22 novembre 2018 con il Presidente Bonaccini il protocollo di intesa tra la Conferenza delle Regioni e la Fnomceo quale strumento per dare piena attuazione alla previsione, introdotta con la Legge 3/2018, di Ente sussidiario dello Stato per gli Ordini dei medici e degli odontoiatri e le relative Federazioni. Un protocollo che ha poi dato origine a intese regionali tra gli ordini dei medici e l'Ente Regione.
- Con la Legge 21 del 26 febbraio 2021 è stata fissata la decorrenza del limite dei due mandati consecutivi per gli organi degli Ordini delle professioni sanitarie. Il vincolo dei due mandati si applica solo all'indomani delle prime elezioni svoltesi successivamente all'entrata in vigore della legge Lorenzin.

c. Ribadire in ogni sede, per tutto ciò che ne consegue, la natura degli Ordini quali Enti pubblici non economici, sussidiari dello Stato, dotati di autonomia patrimoniale, regolamentare e disciplinare, finanziati esclusivamente con i contributi degli iscritti senza oneri per la finanza pubblica, che garantiscono la loro gestione (per quanto attiene alle incombenze prescritte dalla legge per gli Enti pubblici) mediante regolamenti autonomi, predisposti dalla Federazione e approvati dal Ministero vigilante, idonei alla loro peculiarità costitutiva.

- E' stata intrapresa una capillare azione di coordinamento per accompagnare gli Ordini territoriali verso una attuazione dei principi e delle norme regolanti la pubblica amministrazione.
- Sono state perseguite due vie di azione: l'assistenza finalizzata all'adozione di norme regolamentari aderenti alle nuove funzioni ordinistiche ed il finanziamento finalizzato, soprattutto, a consentire l'adeguamento alle stesse norme sia in termini strutturali che gestionale:
 - 33 regolamenti per il diritto di accesso ai documenti amministrativi e diritto di accesso civico semplice e generalizzato;
 - 15 regolamenti per la definizione degli assetti organizzativi interni;
 - 12 regolamenti di contabilità;
 - 126 piani triennali del personale son i numeri dell'attività svolta.

3. RISCHIO CLINICO - LA LEGGE BIANCO-GELLI

La FNOMCeO deve impegnarsi a vigilare e sollecitare un'applicazione omogenea nelle Regioni delle norme di sicurezza delle attività sanitarie e per l'attivazione degli strumenti di gestione del rischio clinico; ciò perché il concreto interesse dei medici è la prevenzione del danno, dal momento che le problematiche connesse al risarcimento sono di prevalente competenza del diritto. Collaborare con il Ministero per la costituzione e la tenuta dell'elenco delle società scientifiche di fatto abilitate a predisporre linee guida; collaborare con l'Istituto Superiore di Sanità per la definizione degli standard per la pubblicazione delle linee guida.

- È stata costituito in Agenas l'Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità con la presenza di un rappresentante della Fnomceo in attuazione di quanto previsto dalla Legge 24/2017.
- E' stato ridefinito il "Glossario della Sicurezza" nell'intento di creare un linguaggio comune e condiviso in ambito nazionale.
- Abbiamo lavorato per la creazione di linee d'indirizzo per la prevenzione degli eventi avversi e per la gestione del contenzioso, così come siamo stati coinvolti nella raccolta e analisi dei dati per il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza
- Abbiamo collaborato con il Ministero e l'Istituto Superiore di Sanità esprimendo il nostro parere per la predisposizione dell'elenco delle società scientifiche abilitate a predisporre linee guida.

4. FNOMCEO E ORDINI

Proseguire sulla strada recentemente intrapresa di predisporre linee guida condivise per l'applicazione delle norme amministrative vigenti, ricorrere eventualmente avverso quelle palesemente inapplicabili, continuare ad investire e potenziare l'azione di sostegno soprattutto a favore di piccoli ordini. Si può immaginare di creare, guardando all'esperienza operata nel campo della formazione, una sorta di 'FNOMCEO-OMCEO in rete' che possano condividere, nei modi da individuare, procedure amministrative e giuridico-deontologiche, naturalmente su base volontaria.

- 86 Ordini in partenariato “Fnomceo_Omceo in rete”
- Finanziamenti per l’affidamento dell’incarico di DPO in materia di GDPR;
- oltre cinquecentomila euro di contributi ordinari assegnati a sostegno di eventi formativi ed progetti editoriali;
- poco meno di 8 milioni di euro assegnati a tutti di Ordini territoriali per finanziare, in larga massima, attività di natura straordinaria finalizzata al miglioramento ed allo sviluppo delle attività istituzionali:
- la costituzione dell’Ufficio centralizzato per il procedimenti disciplinari cui hanno aderito 32 Ordini e del Comitato Unico di Garanzia cui hanno sinora aderito 79 Ordini;
- 1672 risposte scritte a quesiti di natura legale;
- 520 comunicazioni su temi di aggiornamento;
- l’adozione del regolamento per le operazioni elettorali e del regolamento per l’esercizio del voto in modalità a distanza con la conseguenza messa a disposizione della piattaforma; , progettata e costruita nell’interesse degli Ordini, senza oneri;
- da ultimo, la convenzione per ottemperare agli adempimenti previsti n capo agli Ordini nei confronti dell’Agenzia delle Entrate alla quale, sinora, hanno aderito circa 20 Ordini,

5. ADEGUATO FINANZIAMENTO DEL SSN

Approfondire le tematiche relative alla sostenibilità del SSN e chiedere con determinazione di finanziare in maniera adeguata il SSN, nella consapevolezza che i sistemi universalistici e solidali sono tra quelli che garantiscono maggiore equità e maggiore tutela della salute dei singoli e delle comunità. Tra i problemi principali correlati: il blocco del turnover in molte regioni italiane, specie quelle sottoposte a piano di rientro; divario nord–sud così come emerge dagli indicatori di salute; il tema della distribuzione delle risorse: una sanità il più possibile omogenea in ogni parte d’Italia; il costo elevato dei farmaci innovativi per la cure delle neoplasie e di alcune malattie.

Insomma, sostenere fortemente il SSN vuol dire, oltre a tutelare il diritto alla tutela della salute, dare dignità alla professione ed un futuro alla nostra previdenza.

- "In pochi mesi abbiamo accresciuto di oltre 6 miliardi di euro il fondo sanitario, più che negli ultimi 5 anni sommati insieme. Nella Legge di Bilancio appena approvata confermiamo questo aumento del Fondo e aggiungiamo un altro miliardo. Oltre ad altri 2 miliardi sull'edilizia sanitaria. Ma la risorsa più importante sono le persone: i nostri medici, i nostri infermieri e i nostri professionisti sanitari. Abbiamo assunto oltre 60mila persone e finanziato aumenti di stipendio stabili per circa 1 miliardo di euro con l'aumento dell'indennità di esclusività per medici e dirigenti sanitari e l'introduzione dell'indennità infermieristica". Questo il comunicato del 1 gennaio 2021 del Ministro Speranza.
- Ora la partita del recovery plan ed eventualmente quella relativa all'utilizzo delle risorse del MES.
- Superato il tetto del 2004 che bloccava le assunzioni del personale sanitario alla spesa dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento, dapprima nel marzo 2019 con il Ministro Grillo che prevedeva un aumento del 5% rispetto alla spesa regionale per il personale del 2018 e poi con gli impegni presi nel Patto per la Salute del Ministro Speranza che portano la percentuale di incremento al 15% a dicembre 2019.

6. FORMAZIONE

Occorre ripensare l'intera formazione: dagli anni del corso di laurea, al numero di borse di specializzazione, al corso di medicina generale, sino alla formazione continua. Bisogna liberalizzare la formazione liberando le università dai vincoli della programmazione del SSN. Al momento appaiono urgenti alcuni interventi:

a. sulla formazione specifica in medicina generale. Tra il 2021 ed il 2023 si rischia il default della medicina generale per mancanza di medici. A questa vera e propria emergenza bisogna rispondere con una programmazione realistica che tenga conto della gobba pensionistica e attraverso una riforma che veda i vari attori della formazione, Regioni – Ordini – Università, cooperare e fare sinergia senza disperdere il patrimonio culturale e professionale acquisito in questi anni da parte della medicina generale.

b. sull'utilizzo degli ospedali come strutture di insegnamento, avviando un tavolo di confronto con il Ministero e l'Università su tale tema.

- Aumentate sino a 8000 le borse per la specializzazione nel 2019 e sino a 2000 per la medicina generale; nel 2020 le borse per le specializzazioni sono state incrementate sino a 14.500.
- Con il decreto Calabria (30 aprile 2019) si consente agli specializzandi agli ultimi due anni, esteso al 3° anno di corso con il milleproroghe 2020, il contratto a tempo determinato previo concorso e inquadramento nella dirigenza medica, così come il mantenimento dell'iscrizione alla scuola di specializzazione universitaria e il passaggio a tempo indeterminato una volta completata la formazione.
- Con la Legge 27 del 24 aprile 2020 gli specializzandi iscritti agli ultimi due anni delle scuole di specializzazioni possono assumerne incarichi di lavoro autonomo o subordinato nelle ASL per attività assistenziali e le università assicurano il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.
- Con il decreto Legge n.18 del 17 marzo 2020 "Cura Italia" convertito in legge n. 27/2020 è stata introdotta in Italia la Laurea Abilitante in medicina e chirurgia.
- Nel segno di Roberto Stella abbiamo sviluppato il progetto della "Curvatura Biomedica" dove sono interessati 103 Ordini e oltre 300 scuole. I risultati della sperimentazione hanno mostrato che gli studenti che hanno frequentato questo percorso formativo hanno avuto maggiore facilità al test di accesso in Medicina con una percentuale di ammissione di 1 studente su 2. Ora stiamo lavorando per costituire il "liceo con indirizzo biomedico" dove il medico abbia il ruolo di docente riconosciuto dal Ministero.
- **Rapporto con l'Università.** E' stata avviata un'interlocuzione costante con l'Università costituendo un gruppo di lavoro Fnomceo / conferenza permanente dei presidenti dei corsi di laurea magistrale in medicina che ha prodotto due documenti
 - a) Protocollo d'intesa per lo svolgimento della laurea abilitante in medicina e chirurgia. Con questo documento le Università si impegnano a garantire un ruolo importante al rappresentante dell'ordine nelle sessioni di laurea abilitante
 - b) Accordo di collaborazione tra la FNOMCeO e la Conferenza permanente dei presidenti di consiglio di corso di laurea magistrale in medicina

e chirurgia. Uno strumento che consente alla FNOMCeO di concedere l'utilizzo della piattaforma FADInMED, per l'erogazione della formazione ai tirocinanti in modalità remoto.

- Infine, la Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (CPPCLMM&C) insieme alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) hanno analizzato, tramite un questionario, lo svolgimento delle attività di tirocinio abilitante erogate nel trimestre Ottobre/Dicembre 2020. I risultati ottenuti evidenziano, innanzi tutto, l'importante contributo dei Corsi per consentire agli studenti di laurearsi secondo le tempistiche previste dal curriculum formativo nazionale. Infatti, per gli Studenti del sesto anno di corso, si è evidenziato come i tirocini abilitanti di area medica e chirurgica si siano svolti per circa il 62% in modalità mista (presenza/distanza), per circa il 23% esclusivamente in presenza e come solo il 15% è dovuto ricorrere a tirocini totalmente a distanza. Per quanto riguarda invece il Tirocinio abilitante svolto presso i Medici di Medicina Generale è emerso che le attività sono state svolte totalmente in presenza nel 38% delle sedi, in modalità mista nel 36% e totalmente a distanza nel 26% delle sedi.

L'indagine conoscitiva ha riguardato anche le modalità prevalentemente utilizzate per lo svolgimento dei tirocini a distanza. Dall'analisi dettagliata delle risposte, si evince come tutte le modalità consigliate dalla CPPCLMM&C e dalla FNOMCeO siano state seguite a livello nazionale ricorrendo in particolare all'uso di video-conferenza con il Tutor su casi clinici reali (68%) o simulati (55%).

7. TEMI D'IMPATTO SOCIALE

Predisporre, d'intesa con la commissione ECM, un ammodernamento e semplificazione della formazione ECM per renderla più possibile vicina alle esigenze reali dei professionisti. Promuovere e sostenere corsi di formazione alla comunicazione efficace su tematiche di grande impatto sociale, come ad esempio i vaccini.

- ECM: La Commissione nazionale per l'Educazione continua in medicina ha deciso di rivedere il sistema Ecm ed ha affidato al dott. Monaco il compito di guidare il gruppo di lavoro per la riforma.
- Ha confermato gli obblighi formativi per il triennio 2020-2022 e consentire l'acquisizione dei crediti formativi relativi al triennio 2017/2019 sino al 31 dicembre 2021.

8. SICUREZZA DEGLI OPERATORI

Serve un osservatorio comune tra Ministero della Salute e FNOMCeO al fine di monitorare le aggressioni ai danni degli operatori e le criticità, predisponendo relazioni periodiche all'esito delle quali assumere ogni iniziativa per migliorare la sicurezza degli operatori.

- Si è insediato, come da richiesta della Fnomceo, il 13 marzo 2018, presso il Ministero della Salute, alla presenza del ministro Beatrice Lorenzin, l'Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni di tutti gli operatori sanitari.
- Pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 9 settembre 2020 la legge 14 agosto 2020, n. 113 "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" che entrerà in vigore dal prossimo 24 settembre.
- Il 5 Febbraio 2020 abbiamo proiettato alla Camera dei Deputati il docufilm "Notturmo" promosso da Fnomceo e prodotto da DrakaFilm con la regia di Carolina Boco.
- Sempre nell'ottica della sicurezza degli operatori siamo stati coinvolti nel gruppo di lavoro "prevenzione e controllo delle infezioni" dell'ISS dove siamo stati artefici nella stesura del rapporto :
- Contribuito a redigere con ISS le indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2: "ove disponibili e sempre secondo una priorità basata sulla valutazione del rischio, adottando il principio di massima cautela, fornire i DPI FFP2 rispetto alle mascherine chirurgiche nella assistenza senza generazione di aerosol e FFP3 rispetto a FFP2 nelle manovre assistenziali a

rischio di generazione di aerosol. È necessario che le Autorità sanitarie competenti (direzioni delle organizzazioni sanitarie o nel caso degli operatori convenzionati le direzioni degli organi delle ASL interessati) garantiscano una governance dei dispositivi, per favorirne la disponibilità e un utilizzo appropriato e corretto”.

9. GOVERNO CLINICO

Sono sempre più frequenti le segnalazioni di conflitti tra medici e disagio per i pazienti in merito alla prescrizione di farmaci innovativi. L'AIFA con sempre maggiore frequenza limita la prescrizione dei farmaci innovativi, che hanno costi elevati, a gruppi di specialisti e/o centri di riferimento definiti dalla regione. Così facendo si scarica sulla professione il controllo della spesa attraverso una vera e propria limitazione dell'esercizio professionale (alcuni medici possono prescrivere altri no, addirittura alcuni specialisti della stessa branca sì e altri no) non prevista da alcuna norma. Questo è un tema squisitamente professionale, in quanto si cerca di limitare la potestà di curare conferita dalla legge (laurea, abilitazione ed iscrizione all'Albo) con atti di mero esercizio amministrativo.

- È stata modificata la nota aifa per la prescrizione dei NAO affidando al medico specialista e/o al mmg la stesura di una scheda di monitoraggio.
- Nel corso della Pandemia tutti i piani terapeutici sono stati prorogati ed è stata data la possibilità a tutti i medici di poter prescrivere i farmaci anche in assenza di piano terapeutico valido.

10. UN PONTE VERSO I CITTADINI

Avviare un nuovo progetto di comunicazione che possa aiutare a gettare un ponte verso i cittadini, a creare un clima culturale di maggior comprensione ed empatia che possa costituire la premessa per una nuova relazione di cura ed il rilancio della professione medica.

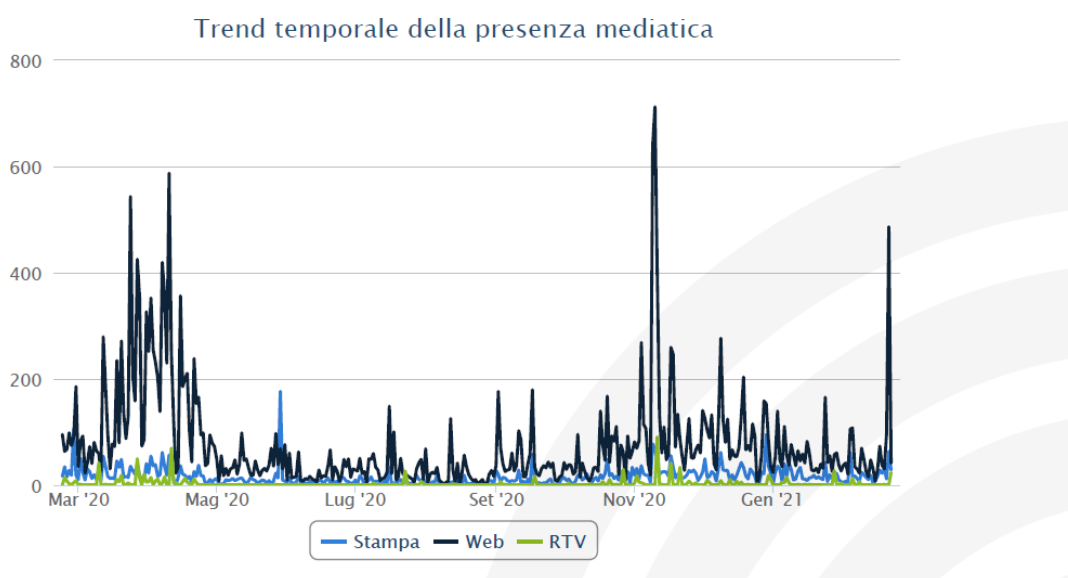
Il piano di comunicazione Fnomceo si è sviluppato lungo diverse direttrici:

Un costante, immediato e tempestivo intervento su tutti i temi di politica sanitaria e professionale.

In un anno (23 febbraio 2020 – 22 febbraio 2021):

- Oltre 600 comunicati stampa
- Circa 1000 uscite radio televisive
- 36000 uscite complessive (stampa, web, RTV) nell'ultimo anno

Fast Report: Rassegna dal 23/02/2020 al 22/02/2021



Utilizzo del Portale come sito istituzionale e dei social come strumenti snelli e immediati per rilanciare le posizioni della Federazione

- Visualizzazioni di pagina su Portale FNOMCeO mag 2019 - gen 2021: 6.586.404
- Visualizzazioni giornata 20 febbraio: 11.789 di cui 3.460 alla pagina della diretta + 2418 su Youtube
- CRESCITA FACEBOOK: 8648 like (maggio 2019) → 20135 like (gennaio 2020)
- CRESCITA TWITTER: 2735 (maggio 2019) → 4823 follower (gennaio 2020)

Contrasto alle fake news

- Dottoremaeveroche.it
- Visualizzazioni di pagina dottoremaeveroche.it 16 feb 2018- 16 feb 2021: 3.681.831

- Punte di 16mila visualizzazioni in occasioni di uscite TV (Superquark, unomattina, Tg1, Elisir, ItaliaSi'...) o di schede particolari (le mascherine fanno male? I tamponi danneggiano il cervello?)

Mezzi multimediali

- Fnomceo Tg Sanità da luglio 2019
- Video degli eventi – spot social
- Spot TV
- Sostegno ad eventi culturali durante la pandemia (Cocerto di Capodanno, Tv 2000, concerti on line su Ansa Cultura)
- Produzioni cinematografiche (Notturmo)

Le CAMPAGNE (Manifesti 6X3, campagne social)

- Una bufala vi seppellirà (2018)
- Offre l'Italia (2019)
- Italia non abbandonarci (2019)
- E poi la vita, chi te la salva? (2019 – 2020)
- Io Medico giuro (2020)
- Ogni vita conta (2020)

GLI SPOT

- E poi la vita, chi te la salva?
- Io Medico giuro

LE PRIORITA' IN 10 PUNTI 2021

Tre anni fa individuammo le priorità su cui intervenire elencandole in 10 punti programmatici condivisi nel consiglio nazionale straordinario del 16 gennaio 2018.

Anche oggi vorremmo sintetizzare gli obiettivi programmatici del prossimo quadriennio in un elenco di 10 priorità che qui proponiamo.

1. RILANCIARE I TEMI ETICI

Portare a conclusione gli Stati generali della Professione quale presupposto per ridisegnare il ruolo delle professioni nel nostro Paese ed in particolare di quella medica cogliendo le nuove esigenze che emergono da una società mutata profondamente con la pandemia da Covid 19 e attraversata da profondi cambiamenti che devono

determinare un nuovo approccio ai temi della salute e un nuovo equilibrio tra competenza professionale e tecnologia.

Definire cosa significa essere medico, il modo con cui si è inseriti nella società, il rapporto con i diritti e quindi con i cittadini e la comunità. Questo diventa il presupposto per riformulare un nuovo ruolo del medico nel servizio sanitario nazionale. Tutto ciò non può prescindere da una ritrovata autonomia e da una rinnovata responsabilità.

I temi etici e deontologici sono parte fondamentale dell'esercizio professionale e la Federazione, che ne è custode, diventa il punto di riferimento dell'intera professione, "cerniera" delle diverse anime che la compongono.

2.UN NUOVO RUOLO PER GLI ORDINI

- a) Condividere con il Ministero il regolamento previsto dalla Legge 3 /2017 e renderlo operativo.
- b) Adottare, conseguentemente sulla base della regolamentazione della Legge 3, lo Statuto delle Federazione e dei rispettivi Ordini territoriali
- c) Continuare nell'opera di supporto ed efficientamento degli Ordini attraverso le iniziative di sostegno economico da parte della federazione e l'assistenza amministrativa per rendere l'attività ordinistica ancor più vicina e tempestiva.
- d) Potenziare il partenariato "Fnomceo_Omceo in rete"
- e) Individuare modalità, anche progettando nuovi soggetti istituzionali, che consentano la cooperazione e la collaborazione soprattutto a supporto dei piccoli ordini.

3. I PROFESSIONISTI NELLA RIFORMA DEL SSN

Promuovere la cultura della partecipazione e della condivisione degli obiettivi di salute. L'aziendalismo introdotto in sanità con il dlgs 502/1992 non riesce a rispondere alle esigenze emergenti e, in assenza di una nuova mission, non consente di raggiungere gli obiettivi di salute, essendo vincolato al prevalere di una logica di contenimento della spesa rispetto a quella di valorizzazione del benessere sociale come elemento trainante dell'economia.

Riscoprire il valore delle comunità locali e delle professioni nella governance sanitaria, come alternativa a scelte che oggi promuovono una governance di tipo monocratico, con obiettivi reali incerti e spesso autoreferenziali.

Occorre recuperare il ruolo delle professioni nella gestione e nel governo della sanità, in relazione alle competenze possedute, in modo tale da orientare le scelte verso concreti obiettivi di salute, abbandonando le logiche che identificano obiettivi intermedi di apparato e di costi, spesso incoerenti con la mission del sistema.

Al Ministero della Salute spetta il ruolo centrale di accreditamento dei professionisti della salute oltre alla verifica delle attività sanitarie per assicurare universalità, equità e parità di accesso

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.

Il carattere intellettuale della prestazione medica esige un professionista autonomo e responsabile in attività fondamentali quali la diagnosi e la terapia.

L'autonomia e la responsabilità devono sostanziare il rapporto fiduciario con il cittadino e l'alleanza terapeutica.

Ricondurre la governance del personale del SSN alle logiche del pubblico impiego contrasta con la necessità di rispondere alle richieste dei cittadini di fiduciarità e alleanza ed è spesso alla base di contenziosi e di atteggiamenti difensivi.

L'organizzazione del sistema deve consentire il confronto tra e con i professionisti superando la frammentarietà tipica dell'attuale organizzazione sanitaria.

I singoli sistemi sanitari regionali registrino rilevanti differenze di qualità ed efficienza rispetto alla garanzia dei livelli essenziali d'assistenza.

Occorre pertanto garantire il superamento delle differenze ingiustificate tra i diversi sistemi regionali, creando un sistema sanitario più equo, salvaguardando il servizio sanitario nazionale pubblico e universalistico.

Gli attuali criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, basati su un meccanismo che definisce il fabbisogno regionale standard, dovrebbero essere ripensati

Anche i modelli assistenziali dovrebbero andar incontro alle esigenze dei cittadini che risiedono in luoghi ove l'accesso alle prestazioni, soprattutto quelle di eccellenza sono carenti. L'idea è quella di sviluppare modelli di assistenza a rete, sovraregionali con l'obiettivo di garantire ai cittadini, ovunque essi risiedano, competenze e professionisti che operano nella rete. Ciò consentirebbe di ridurre la mobilità sanitaria (si sposterebbero i professionisti ove fosse necessario e non i cittadini) e migliorare l'equità nell'accesso alle prestazioni.

Deve essere superato il concetto secondo il quale l'eccellenza tecnologica si identifica con

l'efficacia dei sistemi sanitari. L'efficienza di sistemi territoriali di cure primarie, di igiene pubblica, di programmazione sanitaria dovrebbe essere considerata prioritaria rispetto allo sviluppo di servizi fondati sulla tecnologia ad alta remunerazione.

4. L'OSPEDALE

Revisione della rete ospedaliera correlata ad una reale riorganizzazione della rete territoriale.

Nuovi modelli ospedalieri in cui si prediliga la flessibilità capaci di sostenere le nuove sfide. Strutture con spazi modulabili, impiantistica all'avanguardia, iperconnessioni, ma sempre a misura di paziente.

Dare maggior impulso al Ministero della salute per rendere più omogeni i modelli su tutto il territorio nazionale.

Riscoprire il ruolo della professione medica anche nei processi di governance e di governo clinico perchè tali processi non possono prescindere dalle peculiari competenze dei medici.

5. IL TERRITORIO

E' necessario poter contare su una reale organizzazione delle cure primarie, che gestisca e renda fruibili le numerose risorse territoriali, in ambito sanitario e sociosanitario. Non è possibile costruire una rete territoriale, caratterizzata dalla numerosità e dalla distribuzione degli stakeholder, con le stesse logiche con cui si gestisce una struttura o con quelle del pubblico impiego, ma occorre organizzare modelli partecipativi che, con specifiche competenze, sostengano la collaborazione tra professionisti e soggetti territoriali.

Nella medicina di famiglia vanno salvaguardati il rapporto di fiducia e la libera scelta del medico da parte del cittadino, che sostanziano un'attività professionale fondata sulla personalizzazione del rapporto di cura e sulla continuità negli anni.

Un elemento importante della riorganizzazione delle cure territoriali è la tecnologia, sia quella di primo livello a disposizione nello studio di ogni professionista, sia quella

digitale, intesa come telemedicina e come disponibilità di piattaforme informatiche che mettano in relazione i diversi nodi della rete delle cure.

Una ulteriore condizione che può migliorare la risposta ai bisogni delle persone a livello territoriale l'implementazione di servizi per i pazienti cronici, disabili, con disturbo mentale, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore e comunque fragili.

Fondamentale è la gestione del paziente cronico, che deve essere sostanzialmente affidata ai MMG/PLS, unici soggetti identificabili come clinical manager, sa per formazione che per compiti professionali.

Infine bisogna ricordare che nei rapporti medico paziente in ogni ambito, sia a livello ospedaliero che a livello territoriale, importante è il tempo che il professionista sanitario riesce a dedicare a ogni singolo paziente, per ascoltarlo e parlargli, per confrontare le scelte, per condividere quando è possibile le decisioni. La legge 219 del 2017 sul Consenso Informato) definisce, come già il Codice di Deontologia Medica, il tempo della comunicazione tra medico e paziente "tempo di cura".

6. L'ICT E LA TELEMEDICINA

L'ICT ha assunto un ruolo di rilevante importanza nella pratica quotidiana della professione, ruolo che si è imposto nei fatti prima che il sistema avesse la capacità di definirne l'organizzazione e che la pandemia ha reso particolarmente cogente.

In Italia la comunicazione

In Italia la comunicazione dei medici mediata dai social media avviene in assenza di una regolamentazione o quanto meno di linee guida che possano indicare quali operazioni un medico può fare, quali può pensare di fare con particolari accorgimenti e quali è importante non faccia mai.

L'uso scorretto di questi strumenti da parte dei medici li espone al rischio di compromettere il tradizionale rapporto medico-paziente e nei casi più gravi a quello di possibili azioni (anche legali) per non avere osservato, consapevolmente o inconsapevolmente, la privacy dei pazienti o per avere diffamato colleghi.

Simili considerazioni possono essere fatte per la comunicazione medico paziente mediata dalla posta elettronica o da sistemi di Instant Messaging (come Whatsapp), oggi praticata da numerosissimi medici in una forma rudimentale e spontanea di

telemedicina senza che siano chiare regole e modalità d'uso coerenti con la deontologia e le responsabilità professionali.

Appare opportuno elaborare linee guida italiane sull'uso dei social media, della posta elettronica e dei sistemi di Instant Messaging nella comunicazione con i pazienti e con i cittadini, da integrare anche nel Codice Deontologico.

I temi della telemedicina ed i suoi rapporti con l'esercizio professionale e i temi etici dovranno essere inseriti nei processi formativi in particolare quelli relativi ai rapporti tra professione e intelligenza artificiale.

7. IL PERCORSO FORMATIVO

L'accesso al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia 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. Per questo serve una norma cogente che garantisca ad ogni laureato in medicina il percorso post laurea.

- Bisogna rivedere il modello della programmazione, tenendo conto che nei prossimi 5-10 anni avverrà la sostituzione dei medici attualmente attivi, in un sistema che sta rivedendo organizzazione e fabbisogni. Avvenuta la sostituzione, andrà allora ridotto il numero di professionisti da formare, in coerenza con i reali fabbisogni.
- Bisogna rivedere i percorsi formativi e adoperarsi per dare piena attuazione alla Legge 3 che prevede un ruolo importante della Federazione nella valutazione degli stessi.
- Per quanto riguarda l'ECM sostenere il processo di riforma del programma l'Educazione continua in medicina valorizzando soprattutto la formazione sul campo.
- Far evolvere il progetto Curvatura Biomedica in Liceo con indirizzo biomedico.

8. UN NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Bisogna completare la riflessione sul ruolo della professione medica, sull'atto medico, sul rapporto con la società civile accresciuto durante la pandemia, sulla declinazione della democrazia del bene ossia del riconoscimento dei diritti come bene dell'individuo e del medico come garante di tali diritti.

La necessità di un nuovo codice di deontologia medica diventa quindi un obiettivo per cogliere tutti i cambiamenti che la pandemia ha determinato e inserire i risultati delle riflessioni avviate.

9. FEMMINILIZZAZIONE

La transizione di genere in corso tra i medici, rappresenta una straordinaria opportunità e un arricchimento in termini di risorse umane e in qualità dell'assistenza. Per utilizzarne pienamente le potenzialità, è necessario un adeguamento dei modelli organizzativi per riconoscere differenti tempi di vita da conciliare con differenti tempi di lavoro e implementare idonei strumenti contrattuali di welfare a tutela delle donne medico anche a garanzia delle opportunità di progressione di carriera.

10. LA COMUNICAZIONE

Consolidare gli obiettivi raggiunti dal progetto della comunicazione della Fnomceo che si è sviluppato su:

- un costante, immediato e tempestivo intervento su tutti i temi di politica sanitaria e professionale
- utilizzo dei social come strumento snello e immediato per il rilancio delle posizioni della federazione
- contrasto alle fake news
- utilizzo dei mezzi multimediali come video e produzioni cinematografiche
- utilizzo della pubblicità sanitaria come strumento per sostenere iniziative e posizioni professionali