



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Consiglio Nazionale 23 Luglio 2021



Filippo Anelli – Presidente Nazionale FNOMCeO



**Inno
Nazionale**



La Questione medica

La pandemia in questo lungo periodo emergenziale ha evidenziato ed esacerbato tutte le difficoltà che la professione medica incontra nel garantire l'assistenza ai cittadini.

Una difficoltà e un conseguente disagio trasversale a tutte le componenti della Professione, dagli ospedalieri ai medici di famiglia, dagli operatori del 118 agli specialisti ambulatoriali, dagli specializzandi ai medici della continuità assistenziale, dai medici delle RSA a quelli dell'ospitalità privata.



OLTRE UN MILIONE
I GUARITI DAL COVID

OGNI VITA CONTA

GRAZIE ANCHE A CENTINAIA
DI MEDICI CHE HANNO
DATO LA VITA PER SALVARLI

 **FNOMCeO**
Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri

I medici sono stremati !

Si sono spesi senza risparmiarsi per far fronte alla pandemia, non solo curando i pazienti, ma cercando di puntellare, con la loro disponibilità e abnegazione, tutta una serie di carenze strutturali e organizzative, che si erano ormai fatte sistema e che il Covid ha accentuato.



abbiamo anche salvato tante vite ed è stata una gioia

I medici sono stremati !

Si sono riorganizzati negli ospedali, facendo il possibile per separare i percorsi sporchi e puliti in edifici troppo obsoleti per prevederlo.

Hanno affrontato le carenze di organico, sottoponendosi a turni disumani, anche di ventiquattro ore di seguito; dividendosi tra i reparti Covid e le altre patologie, gli interventi chirurgici; senza sosta, rinunciando ai riposi e alle ferie.



I medici sono stremati !

Gli specializzandi sono stati sbalzati in prima linea, maturando in un anno esperienze che non avrebbero fatto in un decennio.



I medici sono stremati !

I medici del 118, in alcune Regioni, hanno colmato le carenze organizzative, sobbarcandosi anche compiti diversi dall'emergenza: andando nelle case dei pazienti e riducendo le ospedalizzazioni ingiustificate.

Si sono fatti "tutori" dei pazienti più anziani e soli, chiudendo abitazioni, preparando borse per l'ospedale, assistendoli sino all'ultimo quando i parenti non potevano vederli.

DOMENICA

SETTIMANALE DI TUTTE LE COSE VISIBILI E INVISIBILI



I medici di famiglia si sono ritrovati soli sul territorio, abbandonati a loro stessi, senza protocolli di sicurezza, senza strumenti, senza protezioni.

Ancora oggi sono vittime delle disfunzioni organizzative e nonostante abbiano dato la piena disponibilità a contribuire alla campagna vaccinale, ricevono le dosi 'con il contagocce' con poche ore di tempo per programmare la somministrazione ai loro assistiti, prima che il preparato "scada".



I medici sono stremati !

I medici pensionati che hanno risposto al primo bando per farsi vaccinatori si vedono ora bloccare la pensione, con compensi per la nuova attività di molto inferiori a quelli che avrebbero percepito stando a casa”.

La Questione Medica



Oggi in un momento storico in cui la pandemia ha posto in tutta evidenza la centralità della salute e delle politiche sanitarie, in ogni singolo Paese investito dalla emergenza epidemiologica, ineludibile diviene affrontare un progetto di riforma che sia realmente complesso e complessivo.

La Questione Medica



Complesso perché ogni progetto riformatore lo è

Complessivo perché lo deve essere laddove deve

necessariamente coinvolgere il capitale umano che muove

il sistema.

La Questione Medica



E' intorno ai professionisti infatti che va costruita la nuova assistenza sanitaria, la nuova realtà assistenziale, innovata nelle tecnologie, resa sinergica nelle strategie, potenziata in termini di formazione e competenze del singolo e delle équipe, integrata nei servizi, sviluppata nelle competenze manageriali, mirata ai nuovi bisogni dei pazienti, rafforzata nelle reti ospedaliere e nelle strutture di prossimità, atta a superare anche diseguaglianze e disomogeneità purtroppo cronicizzate nelle diverse aree del Paese.

La Questione Medica



Contrasto alle diseguaglianze, alla violenza sugli operatori sanitari, sostegno ai cittadini attraverso la riduzione dei gap assistenziali, superamento dei divari socioeconomici tra aree del Paese sono questi gli obiettivi posti da tempo all'attenzione dalla Professione quale visione strategica di una revisione del SSN.

Progettare o comunque rivedere e ricostruire un sistema significa intervenire su tutti i fronti da cui il sistema stesso è composto.

La Questione Medica



La Professione, i professionisti, le risorse umane con le loro specifiche competenze non possono essere assenti in un progetto di rinnovamento della politica della salute nazionale quale è quello che dovrà essere attuato con le risorse che il Recovery plan europeo sta ponendo a disposizione.

PNRR- Missione 6 salute

La posizione del Governo



FNOMCeO

PNRR

**M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E
TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA
TERRITORIALE 7,00 miliardi**

**M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E
DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE 8,63 miliardi**

15,63 miliardi

M6C1

- a) Rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio (potenziamento e creazione di strutture e presidi territoriali; case della comunità; ospedali di Comunità)
- b) Rafforzamento dell'assistenza domiciliare
- c) Sviluppo della telemedicina
- d) Integrazione con tutti i servizi sociosanitari

M6C2

- a) Rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti
- b) Completamento e diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- c) Miglioramento capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) → sistemi informativi più efficaci
- d) Ricerca scientifica
- e) Formazione del personale.

Rilevazione di criticità di sistema secondo l'analisi del PNRR

- (i) significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio;
- (ii) un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- (iii) tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni;
- (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

Le strategie del PNRR

- La strategia perseguita con il PNRR è volta ad affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese.
- Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale.

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- **Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima**
- Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
- Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

Costi e fonti di finanziamento non specificati.

Prevede due attività principali:

- **DM71:** definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate (termine: **entro il 2021** tramite specifico decreto ministeriale)
- **Legge One Health:** definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in linea con l'approccio "One-Health" (termine: entro la **metà del 2022**, a seguito della presentazione di un **disegno di legge alle Camere**)

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima
 - **Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona**
 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
 - Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).
- L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove per un costo di 2,00 miliardi di euro.**
- strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai **malati cronici**; struttura fisica in cui opererà **un team multidisciplinare** di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali (rafforzamento servizi sociali territoriali e maggiore integrazione)*
 - **punto di riferimento continuativo per la popolazione** (anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica); finalità: garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Prevede la costituzione del punto unico di accesso (**PUA**) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima
 - Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
 - **Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina**
 - Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).
1. L'investimento mira ad aumentare volume delle prestazioni rese in **assistenza domiciliare** fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, **il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65**
 2. Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale **Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto**, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza
 3. **Utilizzare la telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima
- Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
- **Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina**
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

Investimento da 4 miliardi

1. L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in **assistenza domiciliare** fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, **il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 - 2,72 miliardi**
2. **Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto**, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza - **0,28 miliardi**
3. **Utilizzare la telemedicina** per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche - **1 Miliardo**

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Riforma 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima
 - Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona
 - Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina
 - **Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).**
- L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di **381 Ospedali di Comunità** (la metà del 2026). **1 Miliardo**
- potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche.

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

- **Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS**
- Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

- Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Nessun investimento previsto

- La riforma troverà attuazione con un **decreto legislativo entro la fine del 2022**
- Sarà rafforzata la governance aziendale sempre più orientata alla ricerca, e si responsabilizzerà il Direttore Generale, insieme al direttore scientifico e sui risultati da conseguire. Ciò al fine di sviluppare le potenzialità degli IRCCS e di incrementare la qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale.

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

- Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS
- **Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero**
- Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

- Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

La spesa complessiva per l'investimento è pari a 4,05 miliardi di euro.

- L'investimento prevede l'**ammodernamento digitale** del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di **3.133 nuove grandi apparecchiature** ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi) caratterizzate da **una vetustà maggiore di 5 anni**,
- sia con interventi finalizzati al **potenziamento del livello di digitalizzazione di 280** strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (**DEA**) di I e II livello.
- **il rafforzamento strutturale** degli ospedali del SSN, :
 - (i) il potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva **+3.500 posti letto** (per garantire lo standard di 0,14 posti letto di terapia intensiva per 1.000 abitanti) e **semi-intensiva +4.225 posti letto**;
 - (ii) il consolidamento della separazione dei percorsi all'interno del pronto soccorso;
 - (iii) l'incremento del numero di mezzi per i trasporti secondari.

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

- Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS
- Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- **Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile**
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

- Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Il volume di investimento complessivo è pari a 1,64 miliardi (di cui 1,0 miliardo relativo a progetti già in essere).

- miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, **adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica..** Sulla base di una ricognizione puntuale condotta dal Ministero della salute nel 2020, è stata individuata la necessità di realizzare 116 interventi per l'adeguamento alle normative antisismiche.
- Questi interventi rappresentano l'oggetto del presente investimento insieme alle precedenti azioni per il rinnovamento e l'ammodernamento strutturale e tecnologico del patrimonio immobiliare sanitario.

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

- Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS
- Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- **Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione**

M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

- Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Le risorse complessive assorbite dal progetto sono pari a 1,38 miliardi di euro, di cui 0,57 miliardi relativi al progetto già in essere di realizzazione del Sistema di Tessera sanitaria elettronica.

- (i) la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire;
- (ii) l'integrazione dei documenti da parte delle Regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE.

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

- **Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS**
- Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

- **Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN**
- Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

- (i) il finanziamento di progetti Proof of Concept (PoC) volti a ridurre il gap fra i risultati del settore della ricerca scientifica e quello dell'applicazione per scopi industriali, attraverso la predisposizione di prototipi per la commercializzazione e la mitigazione dei rischi potenziali - derivanti da eventuali brevetti, licenze o barriere all'entrata – che potrebbero scoraggiare gli investitori di mercato; - **bandi di gara del valore complessivo di 0,1 miliardi, da assegnare entro la fine del 2023 e la fine del 2025.**
- (ii) il finanziamento di programmi di ricerca o progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari; **due finanziamenti del valore di 0,05 miliardi ciascuno da erogare rispettivamente entro la fine del 2023 e la fine del 2025.**
- (iii) il finanziamento per programmi di ricerca su malattie altamente invalidanti. **due finanziamenti del valore di 0,16 miliardi ciascuno, anche in questo caso da assegnare entro il 2023 e il 2025,**

M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

M6C2.1 AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

- **Riforma 1: Riorganizzare la rete degli IRCCS**
- Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

M6C2.2 FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

- Investimento 2.1: Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
- **Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario**

Il costo complessivo di questi interventi è stimato in 0,74 miliardi.

- **Borse di studio di medicina generale: ogni anno del triennio 2021-2023** sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare **900 borse di studio aggiuntive all'anno** per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive). Questa distribuzione temporale assicura il completamento degli ultimi corsi entro metà 2026
- **Un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere** (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026)
- **Progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN:** si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 4.500 persone entro il Q2 2026
- **4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020**

Le case di Comunità secondo Agenas

Il SSN persegue pertanto questa visione attraverso la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le **Case della Comunità**, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle **cure domiciliari** affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso **l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale** che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità;
- con logiche sistematiche di **medicina di iniziativa** e di presa in carico, attraverso la **stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni**;
- con modelli di **servizi digitalizzati**, utili sia per il reclutamento e la gestione dei percorsi dei pazienti, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale (MMG, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali);
- attraverso **la valorizzazione della co-produzione con gli utenti** e il lavoro di prevenzione, cura, inclusione sociale, sostegno che può essere offerto dalla comunità;
- con la **partecipazione e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità** nelle sue diverse forme attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).

Le case di Comunità secondo Agenas

La definizione dei bisogni socio-assistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere di famiglia e comunità), maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (anche di natura sociale e psicologica).

In relazione alla complessità del Progetto di Salute sarà identificata la composizione dell'équipe multiprofessionale che nel rispetto dei ruoli e delle competenze rimanendo garantirà la presa in carico.

Le case di Comunità secondo Agenas

MMG/PLS	Referente del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo cittadino in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita.
Infermiere	Contempla tra le sue attività la presa in carico del singolo e della sua rete relazionale da un punto di vista assistenziale e di autocura, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	<p>Assume un ruolo di rilevanza strategica in alcune fase della malattia che non possono essere demandate per la complessità diagnostica e terapeutica che le caratterizza. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo.</p> <p>La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.</p>
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Équipe di supporto	<p>Tutti gli specialisti o le altre figure professionali della UVM che durante il processo parteciperanno alla presa in carico.</p> <p>I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di <i>case manager</i> nelle diverse fasi della presa in carico in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali (es. estetista, fisioterapista, ecc.).</p>

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-assistenziali

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I livello Persona in salute	Absenza di condizioni patologiche	Absenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Absenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico (reversibile)	Azioni preventive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono-patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali.	Utilizzo di bassa/ media frequenza dei servizi.	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari.	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali.	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali parziale o totale non autosufficiente con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo.	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi-residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di cura	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento al caregiver

Tabella 3. Il Progetto di Salute semplice e complesso, composizione e descrizione.

Semplici	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contiene anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portafoglio dell'offerta socio-assistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socio-assistenziali connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione obiettivi e dei risultati
		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di e-Health	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto infermieristico e tele riabilitazione
	Piano di autocura	valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contiene anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portafoglio dell'offerta socio-assistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socio-assistenziali connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione obiettivi e dei risultati
Complessi		Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze
	Piano delle attività di e-Health	Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto infermieristico e tele riabilitazione
	Piano Assistenziale Individuale e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
	Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate; clinico-integrazione socio assistenziale - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti

Le case di Comunità secondo Agenas

Gli strumenti della Medicina di Iniziativa sono l'ingaggio proattivo precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo della compliance dei pazienti ai programmi diagnostici-terapeutici, il trasferimento in back office delle ricettazioni burocratico-autorizzative.

Essa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sull'educazione alla salute.

Attraverso i modelli della medicina d'iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze.

Le case di Comunità secondo Agenas

Le metodologie di **stratificazione della popolazione** diventano **strumenti fondamentali** per definire le strategie e gli interventi di **medicina di iniziativa** più efficaci rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a nostra disposizione oggi (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socio-assistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute.

Le case di Comunità secondo Agenas

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

Distretto Socio-Sanitario di circa 100.000 ab, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere:

- 1 Casa della Comunità *hub* per ogni Distretto e almeno 3 Case della Comunità *spoke* (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure attraverso un collegamento funzionale di riferimento;
- Le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse delle cure primarie), medicine di gruppo integrate, con sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, in qualità di strutture *spoke*, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa;
- 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 abitanti, afferenti alle Case di Comunità;
- 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 2 Ospedali di Comunità (20 posti letto ogni 50.000 abitanti), da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale;
- 1 Hospice fino a 10 posti letto all'interno della rete aziendale delle cure palliative;
- 1 Centrale Operativa Territoriale (1 ogni 100.000 abitanti).

Le case di Comunità secondo Agenas

5. CASA DELLA COMUNITÀ

La Casa della Comunità è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione ed l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

- Si prevedono 1 Casa della Comunità *hub* per ogni Distretto e almeno 3 Case della Comunità *spoke* (1 ogni 30/35.000 nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali) per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali.

- Le aggregazioni della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, quali le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e UCCP (unità complesse delle cure primarie), medicine di gruppo integrate, con sede fisica all'interno delle Case della Comunità, oppure a questa collegate funzionalmente, in qualità di strutture *spoke*, per quei territori disagiati e a minore densità abitativa.

- 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 abitanti, afferenti alle Case di Comunità

Le case di Comunità secondo Agenas

Le CdC promuovono un **modello di intervento integrato e multidisciplinare**, in qualità di sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione integrazione sociale.

L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Comunità, altri professionisti della salute, quali ad esempio Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della Riabilitazione e Assistenti Sociali, anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali del comune di riferimento.

Occorre assicurare coinvolgimento delle AFT dei MMG e PLS e delle UCCP, sulla definizione e l'assegnazione di obiettivi condivisi dall'équipe multiprofessionale, sulla partecipazione attiva del MMG e PLS e sulla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie e sociali, insieme alle articolazioni organizzative delle strutture aziendali, aspetti ritenuti fondamentali per la sua effettiva realizzazione.

Le case di Comunità secondo Agenas

Le AFT e le UCCP costituiscono il primo anello della rete di assistenza territoriale e sono parte integrante delle CdC, sia quando operano in esse, sia nella loro individualità, nei territori a minore densità abitativa.

In tal modo provvedono a garantire l'assistenza in forma di medicina d'iniziativa e di presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12, propri della CdC, e, dove possibile, integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

Le case di Comunità secondo Agenas

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il **modello *hub e spoke***.

Sia nell'accezione *hub* sia in quella *spoke*, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria e di integrazione socio-sanitaria.

Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di comunità, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

Le case di Comunità secondo Agenas

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Programmi di screening	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO

Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali	RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

Le case di Comunità secondo Agenas

In sintesi la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge cinque funzioni principali:

- **è il luogo dove la comunità**, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, **interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute**, le priorità di azione e i correlati servizi.
- **è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità** e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, **attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare**;
- **è il luogo dove le risorse pubbliche, tipicamente organizzate per silos disciplinari o settoriali, vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità**, superando segmentazioni e vincoli contabili, attraverso lo strumento del budget di comunità;
- **è il luogo di integrazione delle risorse della comunità** che vengono aggregate alle risorse formali dei servizi sanitari e sociali e delle Istituzioni;
- **è il luogo dove la comunità ricompone il quadro dei bisogni locali** sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

Le case di Comunità secondo Agenas

6. INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia e Comunità è un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. La sua funzione è orientata ad una presenza continuativa e proattiva nella comunità territoriale di riferimento facilitando il percorso della presa in carico e della continuità dell'assistenza, favorendo l'integrazione e la collaborazione tra le figure professionali (MMG, PLS, Specialisti, altri infermieri e altre figure sanitarie, assistenti sociali ecc.) e i servizi socio-sanitari presenti sul territorio, in un vero e proprio lavoro di équipe territoriale. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

- 1 Infermiere di Comunità ogni 2.000-2.500 abitanti

L'Infermiere di Comunità:

- collabora **all'intercettazione del bisogno di salute**, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- **contribuisce alla programmazione** delle attività anche attraverso gli strumenti della Medicina di Popolazione;
- **favorisce l'accessibilità** e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita e l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, in raccordo e sinergia con i diversi soggetti istituzionali, nodi della rete e le diverse professionalità presenti sul territorio;
- **promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità**, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria in presenza o in remoto di gruppo, in collaborazione con tutti i livelli, i *setting* e gli attori, sanitari ed extra-sanitari, interessati al fine di influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità di vita all'interno della propria comunità, a supporto dello sviluppo di comunità resilienti e di ambienti favorevoli alla salute;
- **promuove attività di informazione/comunicazione sia sui singoli che in gruppo**, segmentando linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si riferisce;
- **svolge o contribuisce ad attività di *counseling*** motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e responsabilizzazione individuale e collettiva, intercettando la persona nei diversi momenti della vita, al fine di migliorarne la competenza socio-emozionale (es. capacità di autogestirsi, consapevolezza di sé e sociale, capacità decisionale e di relazione) e la responsabilità;
- **valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona** e del suo *caregiver*;
- **lavora in forte integrazione** con le reti socio-sanitarie e territoriali (associazioni, volontariato, ecc.), e con il MMG e PLS;
- **utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina.**

Le case di Comunità secondo Agenas

7. UNITÀ SPECIALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità.

- 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti.

Le case di Comunità secondo Agenas

8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale.
- Standard minimo di personale: 5 infermieri/IFeC, 1 coordinatore.

Le case di Comunità secondo Agenas

9. CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni la settimana per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale.

- 1 Centrale Operativa 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale.

Le case di Comunità secondo Agenas

10. ASSISTENZA DOMICILIARE

L'Assistenza Domiciliare sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente

Le case di Comunità secondo Agenas

La sede operativa delle cure domiciliari deve avere un rapporto inter-operativo, anche attraverso strumenti digitali, con la Centrale Operativa Territoriale distrettuale; e qualora l'organizzazione aziendale e distrettuale lo ritenga opportuno, **può essere eventualmente integrata nella COT stessa.**

La dotazione di personale, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività che si intende erogare. Per l'assistenza domiciliare nelle sue forme devono essere previste almeno le seguenti figure professionali:

- medici,
- infermieri,
- terapisti della riabilitazione, - operatori socio-sanitari.

La responsabilità complessiva dell'organizzazione è affidata ad un dirigente designato dalla ASL.

Prime considerazioni

- Documento redatto senza la partecipazione degli attori dell'assistenza territoriale
- Medicina d'iniziativa e stratificazione delle patologie largamente condivise (al momento difficilmente realizzabile)
- Equipe multiprofessionali e multidisciplinari enunciate ma non declinate nella loro modalità organizzativa (ancora una volta prevale la sensazione di una organizzazione a silos).
- Presenza di una nuova figura professionale: l'infermiere di comunità; ma mancano le risorse e la previsione degli infermieri per tutte le prestazioni infermieristiche (Terapia infusione, medicazioni, prestazioni diagnostiche e specialistiche ecc)
- Mancano le risorse e la definizioni del numero delle altre figure professionali come i terapisti della riabilitazione, gli psicologi, gli assistenti sanitari, le ostetriche, ecc
- Manca la previsione e le relative risorse di figure come i collaboratori di studio ed il personale amministrativo, fondamentali per l'attività di front office con i cittadini per l'assistenza primaria
- Assistenza domiciliare iperburocratizzata e a silos, riproposto l'attuale modello organizzativo con le criticità più volte evidenziate
- Le case di comunità sembrano replicare in larga parte il modello organizzativo distrettuale che sinora ha assunto in molte parti del paese più aspetti burocratico-amministrativi che quelli declinati dalla 502.
- Il modello disegnato sembra guardare più alla dipendenza che ad un corretto rapporto con i medici convenzionati- La parola fiducia compare una sola volta nelle 46 pagine.
- Progetto in larga parte non sostenibile per la mancanza di risorse e di un programma economico di sostegno soprattutto alle figure professionali.

La Questione Medica

Gli investimenti strutturali per essere efficaci devono essere sostenuti da risorse professionali.



La Questione Medica

E' questa la convinzione di fondo che ha indotto la FNOMCeO a porre sul tappeto la cosiddetta Questione medica.

Una convinzione che al di là delle affermazioni di principio intende entrare concretamente nel processo riformatore con proposte, richieste, suggerimenti, assunzione di responsabilità.

Medici, Anelli (FNOMCeO): "Grande consenso su Questione medica, avviamo interlocuzione con il Governo"

AUTORE: [UFFICIO STAMPA FNOMCEO](#) 19/05/2021



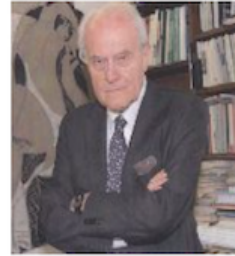
[Comunicato stampa del 19 maggio 2021: "Grande consenso su Questione medica, avviamo interlocuzione con il Governo"](#)

I 9 punti della Questione Medica

1. La definizione delle competenze e delle funzioni svolte dal medico individuando strumenti legislativi utili a garantire la specificità della Professione
2. Il tema della valorizzazione delle competenze dei professionisti ed il conseguente riconoscimento della meritocrazia
3. Il task shifting e la relativa erosione delle competenze mediche con conseguente confusione dei ruoli a discapito della qualità del SSN e della organizzazione dell'assistenza

Una legge quadro sulla “questione medica”

di Antonio Panti



01 LUG - Gentile Direttore,

“Si immagini una ferrovia progettata da brillanti ingegneri ferroviari, il treno corre a tutta velocità, ma al posto dei macchinisti ci sono dei postiglioni, quelli delle diligenze”, Svetlana Alekseievic racconta così la tragedia di Cernobyl (“Preghiera per Cernobyl” Ed. E/O). Una frase che torna alla mente leggendo le discussioni sul futuro della sanità: rinnovare, trasformare, ricostruire, attuare, sì ma all’interno di quale ordinamento?”

Consola il fatto che è ripreso il dibattito pubblico sul futuro della sanità, sul post covid, con un punto fermo, il consolidamento dei valori fondanti il servizio sanitario nazionale, cioè l’universalità del diritto e l’uguaglianza delle prestazioni,

come stella polare cui tendere senza tentennamenti e con una chiara difesa dell’unicità del servizio pubblico, per quanto la guerra dei vaccini lasci intendere quanto questa impresa sia ardua.



**NON BASTA UN CAMICE
PER FARE UN MEDICO**

NO AL PASSAGGIO DI COMPETENZE MEDICHE A CHI MEDICO NON È.



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

I 9 punti della Questione Medica

4. La carenza in organico dei professionisti con conseguente sovraccarico di lavoro, problemi con la sicurezza sul lavoro e sul rischio clinico e sulla formazione
5. Il tema della governance sanitaria che non tiene più conto delle competenze e delle esigenze sanitarie nella definizione degli obiettivi aziendali e dell'azione amministrativa.
6. Il non adeguato riconoscimento economico del valore professionale



I 9 punti della Questione Medica

7. Il ruolo sociale svolto dalla Professione a garanzia dei diritti previsti dalla nostra Carta Costituzionale
8. I modelli assistenziali e il ruolo medico.
L'inadeguatezza di questi modelli hanno messo in difficoltà l'esercizio professionale come ad esempio nel caso dell'assistenza territoriale.
9. La formazione e la programmazione dei professionisti ancora affidata a provvedimenti tampone e non a soluzioni strutturali.



La lettera al Presidente Draghi

La consapevolezza che lo strumento PNRR sia finalizzato ad affrontare solo alcuni problemi specifici del progetto di riforma sanitaria fa sì **che appaia propedeutico individuare un ulteriore valido strumento normativo che affronti concretamente i nodi che la Professione pone e che sono sinteticamente schematizzati nei 9 punti già citati.**

La prossima Legge di Bilancio potrebbe, a nostro avviso, affrontare le diverse questioni che l'articolazione del mondo medico pone sul tappeto e in questo senso chiediamo la Sua autorevole attenzione sulle questioni poste che siamo disponibili a meglio esplicitare nei termini che Lei dovesse ritenere.



Professor Mario DRAGHI
Presidente del Consiglio dei Ministri
Mail : presidente@pec.governo.it

Illustre Presidente Draghi,

La disponibilità delle risorse del Recovery Plan e il relativo Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, recentemente approvato, costituiscono, secondo unanime convinzione, una opportunità unica per il nostro Paese e nel contempo una grande sfida che, come Lei ha più volte tenuto a evidenziare, non possiamo né perdere né dissipare.

In questi ultimi giorni numerose sono state le valutazioni e le prese di posizioni dei diversi settori economico – produttivi del Paese che hanno espresso le rispettive idee riguardo a questo progetto di rilancio globale e di riorganizzazione infrastrutturale nazionale che dovrebbe discendere dal corretto utilizzo delle risorse disponibili. In tal senso anche la Professione medica e odontoiatrica ritiene più che legittimo esprimersi sul tema di competenza ovvero la Missione 6 Salute del PNRR citato così come oggi articolata.

Quale Professione che tradizionalmente riveste un ruolo professionale e sociale rilevante e alla luce del rinnovato ruolo di solidarietà riconosciuto normativamente alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), ente pubblico che assume la rappresentanza esponenziale della Professione medica e odontoiatrica esprimo, nella mia qualità di Presidente un forte apprezzamento per lo sforzo di rilancio fatto dal Governo nella formulazione del PNRR.

La riorganizzazione di un Paese non è obiettivo di poco conto così come l'avvio di processi di revisione degli assetti strutturali. Il più vero però che l'obiettivo può essere raggiunto, se tutte le componenti che costituiscono gli assi portanti dell'edificio partecipano al comune sforzo.

In tal senso siamo a richiedere con forza, come medici e odontoiatri, che i decisori politici non trascurino all'interno del processo, le risorse professionali quali elementi costituenti di tutto il percorso di rinnovamento.


Le pur necessarie azioni di ammodernamento delle strutture sanitarie, di aggiornamento tecnologico a fini assistenziali, il rafforzamento del capitale umano in termini di formazione sono un condivisibile sforzo di riallineamento dei servizi assistenziali sanitari ai bisogni dei cittadini-pazienti ma certo necessitano di un contestuale, coerente coinvolgimento e giusta valorizzazione dei ruoli dei professionisti sanitari.

La lettera al Presidente Draghi

È questo il momento in cui si sta ridefinendo il futuro del sistema Sanità del nostro Paese. Sanità che si fonda su una riforma datata più di 40 anni fa, i medici e gli odontoiatri esponenzialmente rappresentati dalla FNOMCeO e le rispettive Organizzazioni Sindacali di categoria, nel rispetto delle prerogative di ciascuna realtà, confermando la massima disponibilità, **auspicano che le istanze, contenute nella presenta nota, possano essere riconosciute e acquisite attraverso un coinvolgimento che consenta di fornire un fattivo contributo a un processo di riorganizzazione della nostra sanità in termini di modernizzazione, efficienza e coerenza.**

MODULARIO
P.C. M-198

Moo. 251




Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE EUROPEE
UFFICIO PER IL COORDINAMENTO DELLE POLITICHE DELL'UNIONE EUROPEA

Al Ministro della Salute
Ufficio di Gabinetto
PEC: gab@postacert.sanita.it

Al Ministro dell'economia e delle finanze
Ufficio di Gabinetto
PEC: ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DPE 0005868 P-4.22
del 24/06/2021


34369599

e, p.c.

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ufficio del Segretario Generale
(invio per interoperabilità)

Al Presidente FNOMCeO
Dott. Filippo Anelli
PEC: segreteria@pec.fnomceo.it

Oggetto: Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (U.N.A.) - Missione 6 "Salute" del PNRR -
Questione medica
[Rif. DPE-0005236-A-07/06/2021]

Si inoltra, per le valutazioni e gli eventuali seguiti di competenza, quanto pervenuto a questo Dipartimento, per il tramite dell'Ufficio del Segretario Generale.

IL COORDINATORE
Cons. Francesco Tufarelli

Obbligo vaccinale personale sanitario

L'obbligo di vaccinazione per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 per tutti gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario è stato introdotto dall'art.4 del DL n.44/2021, convertito in

SERIE GENERALE

Sped. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27.02.2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 162° - Numero 128

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Lunedì, 31 maggio 2021 DI PUBBLICAZIONE
SOMMARIO

INDIRIZZI E SEDE CENTRALE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONI LEGGI E DECRETI - VIA ARAGONA, 36 - 00187 ROMA
AMMINISTRAZIONI PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONI LEGGI E DECRETI - VIA SALARIA, 661 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06 4981 - LAVORO DELLA STAMPA
ITALIA S. P.A. - 00198 ROMA

La Gazzetta Ufficiale, Parte Prima, oltre alle Serie Generali, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

- 1^a Serie speciale: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)
- 2^a Serie speciale: Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)
- 3^a Serie speciale: Regioni (pubblicata il sabato)
- 4^a Serie speciale: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)
- 5^a Serie speciale: Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda, "Foglio delle inserzioni" è pubblicata il giovedì e il sabato

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in Gazzetta Ufficiale, le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustizia.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, è fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO

LEGGE ED ALTRI ATTI NORMATIVI	DECRETO 27 maggio 2021.
LEGGI 28 maggio 2021, n. 76. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, recante misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di gestione e di concorsi pubblici. (21G00086) Pag. 1	Decreto 27 maggio 2021. Esclusione di buoni ordinari del Tesoro a 180 giorni. (21A03390) Pag. 7
DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI	Ministero della salute
Ministero dell'economia e delle finanze	ORDINANZA 21 maggio 2021. Protocollo condiviso di aggiornamento della misura per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro. (21A03346) Pag. 11
DECRETO 21 maggio 2021. Accertamento dell'ammontare del capitale nominale rimasto in essere a seguito dell'operato dell'operazione di riscapito mediante asta competitiva di titoli di Stato del 5 maggio 2021. (21A03243) Pag. 6	ORDINANZA 21 maggio 2021. Linee guida per la gestione in sicurezza di attività educative non formali e informali, e ricreative, volte al benessere dei minori durante l'emergenza COVID-19. (21A03509) Pag. 16
	ORDINANZA 30 maggio 2021. Elaborati misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (21A03436) Pag. 21



Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

*1. In considerazione della situazione di emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2, fino alla completa attuazione del piano di cui all'art. 1, comma 457, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, e comunque **non oltre il 31 dicembre 2021, al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza** nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza, **gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario** ((di cui all'art. 1, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43,)) che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, pubbliche e private, ((nelle farmacie, nelle parafarmacie)) e negli studi professionali **sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita** per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2. **La vaccinazione costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle** ((prestazioni lavorative dei soggetti)) **obbligati. La vaccinazione è somministrata nel rispetto delle indicazioni fornite dalle regioni, dalle province autonome e dalle altre autorità sanitarie competenti, in conformità alle previsioni contenute nel piano.***

- **Gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario** che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, pubbliche e private, **sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita**
- **Non oltre il 31 dicembre 2021**
- **Per tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza** nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza
- **La vaccinazione costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione**
- La vaccinazione è somministrata in conformità alle previsioni contenute nel piano.

Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

2. Solo in caso di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale, la vaccinazione di cui al comma 1 non è obbligatoria e può essere omessa o differita.

L'esenzione o il differimento può avvenire solo per motivi di salute

Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

3. Entro cinque giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ciascun Ordine professionale territoriale competente trasmette l'elenco degli iscritti, con l'indicazione del luogo di rispettiva residenza, alla regione o alla provincia autonoma in cui ha sede.

Entro il medesimo termine i datori di lavoro degli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, ((socio-sanitarie e socio-assistenziali,)) pubbliche o private, ((nelle farmacie, nelle parafarmacie)) e negli studi professionali trasmettono l'elenco dei propri dipendenti con tale qualifica, con l'indicazione del luogo di rispettiva residenza, alla regione o alla provincia autonoma nel cui territorio operano ((i medesimi dipendenti)).

- **Entro cinque giorni** dalla data di entrata in vigore del presente decreto, **ciascun Ordine** professionale territoriale competente **trasmette l'elenco degli iscritti**
- **Anche i datori di lavoro entro il medesimo termine trasmettono l'elenco dei propri dipendenti** con tale qualifica, con l'indicazione del luogo di rispettiva residenza, alla regione o alla provincia autonoma nel cui territorio operano ((i medesimi dipendenti)).

Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

4. Entro dieci giorni dalla data di ricezione degli elenchi di cui al comma 3, le regioni e le province autonome, per il tramite dei servizi informativi vaccinali, verificano lo stato vaccinale di ciascuno dei soggetti rientranti negli elenchi.

Quando dai sistemi informativi vaccinali a disposizione della regione e della provincia autonoma non risulta l'effettuazione della vaccinazione anti SARS-CoV-2 o la presentazione della richiesta di vaccinazione nelle modalita' stabilite nell'ambito della campagna vaccinale in atto, la regione o la provincia autonoma, nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali, segnala immediatamente all'azienda sanitaria locale di residenza i nominativi dei soggetti che non risultano vaccinati.

- **Entro dieci giorni le regioni e le province autonome verificano lo stato vaccinale** di ciascuno dei soggetti rientranti negli elenchi
- **Quando non risulta l'effettuazione della vaccinazione** o la presentazione della richiesta di vaccinazione **la regione** o la provincia autonoma **segnala immediatamente all'azienda sanitaria locale di residenza i nominativi dei soggetti che non risultano vaccinati.**

Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

5. Ricevuta la segnalazione di cui al comma 4, l'azienda sanitaria locale di residenza invita l'interessato a produrre, entro cinque giorni dalla ricezione dell'invito, la documentazione comprovante ((l'effettuazione della vaccinazione o l'omissione)) o il differimento della stessa ai sensi del comma 2, ovvero la presentazione della richiesta di vaccinazione o l'insussistenza dei presupposti per l'obbligo vaccinale di cui al comma 1. In caso di mancata presentazione della documentazione di cui al primo periodo, l'azienda sanitaria locale, successivamente alla scadenza del predetto termine di cinque giorni, senza ritardo, invita formalmente l'interessato a sottoporsi alla somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2, indicando le modalita' e i termini entro i quali adempiere all'obbligo di cui al comma 1. In caso di presentazione di documentazione attestante la richiesta di vaccinazione, l'azienda sanitaria locale invita l'interessato a trasmettere immediatamente e comunque non oltre tre giorni dalla somministrazione, la certificazione attestante l'adempimento all'obbligo vaccinale.

Il sanitario inadempiente entro cinque giorni dall'invito della asl deve documentare

- *l'effettuazione della vaccinazione*
- *l'omissione o il differimento della stessa ai sensi del comma 2,*
- *la presentazione della richiesta di vaccinazione*
- *l'insussistenza dei presupposti per l'obbligo vaccinale di cui al comma 1*

In mancanza di documentazione l'asl lo invita a vaccinarsi

In presenza di documentata prenotazione la asl lo invita a trasmettere l'attestazione della avvenuta vaccinazione entro 3 giorni.

Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

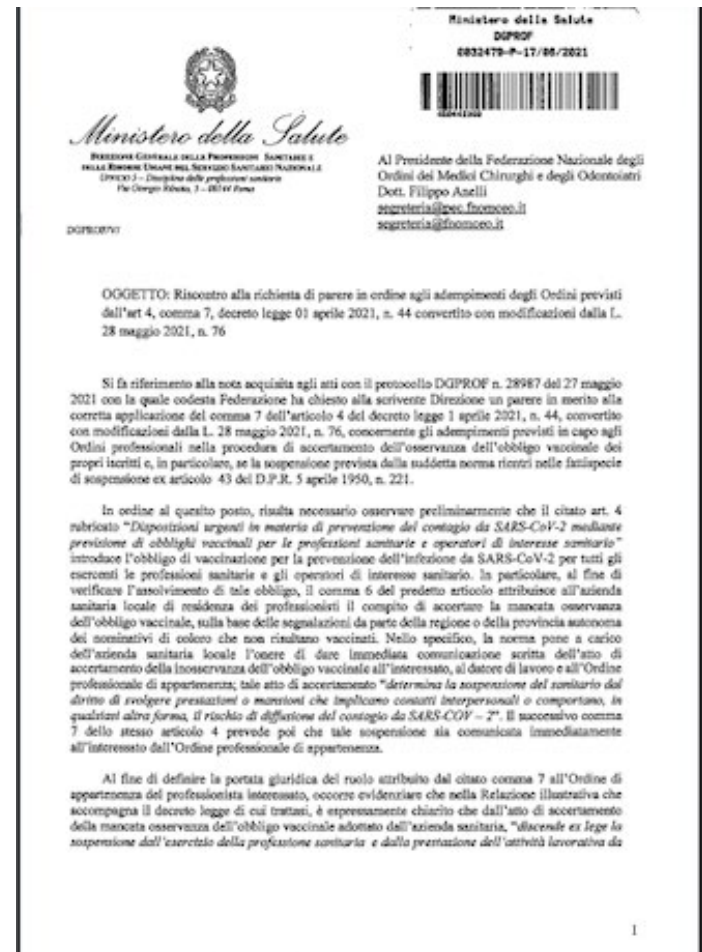
6. Decorsi i termini ((per l'attestazione dell'adempimento dell'obbligo vaccinale)) di cui al comma 5, l'azienda sanitaria locale competente accerta l'inosservanza dell'obbligo vaccinale e, previa acquisizione delle ulteriori eventuali informazioni presso le autorità competenti, ne dà immediata comunicazione scritta all'interessato, al datore di lavoro e all'Ordine professionale di appartenenza. L'adozione dell'atto di accertamento da parte dell'azienda sanitaria locale determina la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2.

- Decorsi i termini per l'attestazione dell'adempimento dell'obbligo vaccinale **l'ASL accerta l'inosservanza dell'obbligo vaccinale e ne dà immediata comunicazione scritta all'interessato, al datore di lavoro e all'Ordine professionale di appartenenza.**
- **L'adozione dell'atto di accertamento da parte dell'azienda sanitaria locale determina la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2.**

Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

Con nota del 17 giugno il Ministero ha definitivamente chiarito la natura della sospensione dall'esercizio professionale dei professionisti che non ottemperino all'obbligo vaccinale e i conseguenti provvedimenti che gli Ordini devono adottare.

Come dettagliatamente illustrato e pedissequamente ripreso nella nota del Ministero della Salute, nel fascicolo Iter Senato del decreto-legge n.44/2021 il comma 6 dell'art.4 su menzionato attribuisce all'Azienda sanitaria l'accertamento della mancata osservanza dell'obbligo vaccinale dalla quale discende la sospensione ex lege dall'esercizio della professione sanitaria e dalla prestazione dell'attività lavorativa



Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

Al fine di definire la portata giuridica del ruolo attribuito dal citato comma 7 all'Ordine di appartenenza del professionista interessato, occorre evidenziare che nella Relazione illustrativa che accompagna il decreto legge di cui trattasi, è espressamente chiarito che dall'atto di accertamento della mancata osservanza dell'obbligo vaccinale adottato dall'azienda sanitaria, *“discende ex lege la sospensione dall'esercizio della professione sanitaria e dalla prestazione dell'attività lavorativa da*

I

parte degli operatori obbligati che svolgono mansioni che implicano necessariamente un contatto interpersonale con il paziente, l'utente o comunque con il destinatario o che, qualsiasi sia la modalità dello svolgimento, comportano comunque il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2”.

Da ciò consegue che la previsione della summenzionata sospensione derivante dalla legge è un'ipotesi di sospensione obbligatoria, per la quale la valutazione sulla gravità dei fatti presupposti viene compiuta in via preventiva dal legislatore; analogamente, è lo stesso legislatore a prevedere in via automatica la cessazione della predetta misura cautelare nel caso di ottemperanza dell'obbligo vaccinale.

Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

7. La sospensione di cui al comma 6 e' comunicata immediatamente all'interessato dall'Ordine professionale di appartenenza.

Una volta ricevuto l'atto di accertamento della ASL l'Ordine ossia il Consiglio Direttivo deve adottare tempestivamente delibera di Commissione avente carattere di mera presa d'atto della sospensione del professionista interessato riportando l'annotazione relativa nell'Albo.

Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

- È opportuno inserire nelle premesse della delibera di presa d'atto anche il riferimento alla nota allegata del Ministero della Salute dalla quale si evidenzia con certezza il soggetto che determina la sospensione, la ASL, e gli adempimenti derivanti imposti dalla normativa in vigore agli Omceo.
- L'Ordine si trova nei confronti dell'accertamento della ASL in una posizione di mero esecutore rispetto a provvedimento adottato da altro soggetto giuridico conseguentemente al quale deve necessariamente dar seguito e contemporaneamente deve dare comunicazione all'interessato degli effetti che dall'atto di accertamento della ASL discendono che consistono nella sospensione temporanea dall'esercizio della professione fino all'assolvimento dell'obbligo vaccinale o comunque non oltre il 31 dicembre 2021. Opportuno appare allegare alla delibera l'atto di accertamento della ASL.
- Nella comunicazione succitata dovrà inoltre essere evidenziato che nei confronti del provvedimento di sospensione è ammesso unicamente ricorso amministrativo al TAR nei termini di 60 gg. dalla data di notifica.

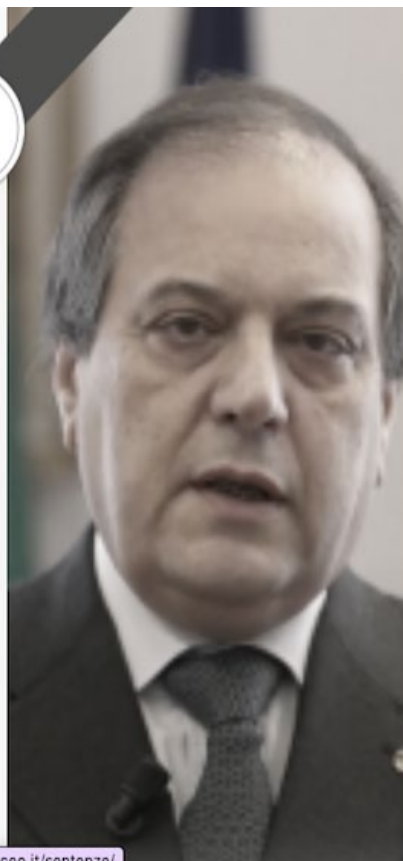
Disposizioni urgenti in materia di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 mediante previsione di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario. – Art. 4

Il 20 Aprile al Senato avevamo chiesto in fase di audizione

- ***“Bisogna esplicitare la natura giuridica della sospensione del diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicino contatti interpersonali o che comportino, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da COVID-19 – ha spiegato -.***
- ***La norma, così come strutturata, presenta elementi di criticità nella sua applicazione.***
 - ***In primis, perché sembra collegarsi a meri aspetti di natura contrattuale, attribuendo un ruolo residuale agli Ordini professionali – Enti sussidiari dello Stato – che sono invece i soggetti tenutari per legge degli albi.***
 - ***In secundis, perché crea un discrimen tra medici dipendenti da una parte e i liberi professionisti dall'altra.***
- ***A parere di questa Federazione dovrebbe dunque essere introdotta una vera e propria sospensione dall'albo professionale che debba essere correlativamente comminata dall'Ordine professionale ope legis e quindi in via automatica”.***

Scudo Penale un primo grande traguardo

*Un grande passo in avanti,
perché la limitazione della
responsabilità penale ai soli
casi di colpa grave non è più
circoscritta alle vaccinazioni,
ma riguarda tutta l'attività
prestata durante lo stato di
emergenza epidemiologica
dovuta al Covid*



s://portale.fnomceo.it/sentenze/

ARTICOLI SLIDE COMUNICATI

STAMPA COVID-19

Approvazione emendamento "scudo penale", Anelli (Fnomceo): "Grande passo in avanti"

"Un grande passo in avanti,
perché la limitazione della
responsabilità penale ai soli casi
di colpa grave non è più
circoscritta alle vaccinazioni, ma
riguarda tutta l'attività prestata
durante

AUTORE: [UFFICIO STAMPA FNOMCEO](#) -

12/05/2021

Scudo Penale un primo grande traguardo

Art. 3

Responsabilita' penale da somministrazione del vaccino anti SARS-CoV-2

- 1. Per i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale verificatisi a causa della somministrazione di un vaccino per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV -2, effettuata nel corso della campagna vaccinale straordinaria in attuazione del piano di cui all'art. 1, comma 457, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, **la punibilita' e' esclusa quando l'uso del vaccino e' conforme alle indicazioni** contenute nel provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio emesso dalle competenti autorita' e alle circolari ((pubblicate nel sito internet istituzionale)) del Ministero della salute relative alle attivita' di vaccinazione.*

Scudo Penale un primo grande traguardo

Art. 3 bis

Responsabilita' colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19.

- 1. Durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, e successive proroghe, i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave.**
- 2. Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che possono escludere la gravita',**
 - I. della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate**
 - II. nonche' della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare,**
 - III. oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza.**

17.400 borse di specializzazione

Il finanziamento di 17.400 borse di specializzazione in medicina per l'anno 2020/2021 è un risultato straordinario, mai raggiunto negli anni passati.

Ringraziamo il Ministro della Salute, Roberto Speranza, per il suo impegno senza sosta per il raggiungimento di questo obiettivo, il Ministro dell'Università, Maria Cristina Messa, per aver aumentato l'offerta senza cedere sulla qualità, e quello dell'Economia, Daniele Franco



OMCeO Terni
COMUNICATI

**LAUREATA A MILANO,
MEDICO A BERLINO.
OFFRE L'ITALIA.**

**OGNI ANNO 1000 MEDICI VANNO A SPECIALIZZARSI
ALL'ESTERO. E NON TORNAO. COSTANO
ALL'ITALIA OLTRE 225 MILIONI.**

**GOVERNO. SERVONO PIÙ POSTI
DI SPECIALIZZAZIONE.**

FMGMCoO
Federazione Nazionale
Medici Generalisti
Specializzandi

The advertisement features a woman in a white lab coat with a stethoscope. A large Italian tricolor ribbon is draped across the bottom right. The background is dark blue with white and yellow text.

17.400 borse di specializzazione

Passaggio ineludibile e fondamentale è quello di pubblicare anche il bando per il Corso di Formazione Specifica per la Medicina Generale, portando i posti nel post lauream a circa ventimila.

Prossimo passo sarà, infine, l'atteso provvedimento normativo che, per legge, faccia corrispondere a ogni laurea in Medicina un posto nelle Scuole o al Corso, rendendo la formazione del medico un unicum



Le 900 borse in più per la medicina generale

1. Non si è fatta attendere la risposta del Ministro Speranza alle sollecitazioni di Fnomceo sulla medicina generale: il 14 luglio il Ministro annuncia altre 900 borse per la medicina generale che dovrebbero aggiungersi al fabbisogno rilevato dalle regioni e che sarà reso noto entro la fine di luglio con la data del concorso.
2. Resta ora la battaglia per l'equiparazione dei due percorsi formativi: sia da un punto di vista lessicale che economico normativo.

SALUTE | 14 Luglio 2021 16:53

L'annuncio di Speranza: «Con PNRR 900 borse di formazione MMG in più. Asciugare più possibile imbuto formativo»

Il titolare della Salute è stato ospite dell'evento "Pnrr e sanità: un'opportunità di sviluppo o un'occasione persa?" promosso da Fratelli d'Italia. La campagna vaccinale procede con numeri alti: «Oggi supereremo 59 milioni di dosi somministrate e abbiamo una media quotidiana di oltre 530mila dosi al giorno. Gli over 80 sono ormai oltre al 90% protetti»

di Giovanni Cei



Sanità Militare

15 Ottobre 2021

Convegno Nazionale

Il convegno si svolgerà presso la Scuola di Perfezionamento Interforze in Via di Priscilla a Roma il 15 Ottobre e vedrà la partecipazione dei 3 Ministri: Interno, Difesa e Salute.

All'incontro interverrà anche il Generale Francesco Paolo Figliuolo.



Tavolo congiunto Aifa-Fnomceo

Si è insediato il tavolo congiunto Aifa–Fnomceo così come previsto dal protocollo di intesa firmato tra i due enti.

Il tavolo affronterà due tematiche: la prima quella dell'antibiotico resistenza e la seconda monitorare l'applicazione della nuova nota sul trattamento della BPCO.





Auguri a Fimmg per il suo 75° anniversario

Il sindacato compie 75 anni: l'età della nostra Repubblica. Questo significa che la Fimmg, una delle più antiche associazioni sindacali, ha svolto la funzione di rappresentare le esigenze dei lavoratori, dei medici, dalla nascita della Repubblica fino a oggi.



Auguri a Fimmg per il suo 75° anniversario

Ricordo che l'articolo 1 della Costituzione fonda la Repubblica sul lavoro, così come l'articolo 39 afferma che l'attività sindacale è libera. Questo dimostra come la Costituzione abbia sin da subito consentito di poter esercitare un diritto, nel pieno rispetto della democrazia”.

Il lavoro, in questo caso la Professione medica, rappresenta la maniera migliore di rispettare la dignità di ogni persona. Rispettare il lavoratore, il lavoro che svolge, le sue prerogative e competenze, i suoi diritti significa dare spessore e valenza alla dignità della persona. Dall'altro lato, il lavoro e il rispetto dei lavoratori costituiscono il principio cardine per il progresso della nostra società, e dunque per la garanzia dei diritti di tutti i cittadini.



Auguri a Fimmg per il suo 75° anniversario

Le 75 candeline spente il 1 luglio da Silvestro Scotti rappresentano anche il costante impegno dei professionisti, dei medici che, in tutti questi anni, hanno dovuto lottare per avere riconoscimenti e diritti nella loro professione, in modo da poter garantire nella maniera migliore i diritti dei cittadini.

Quindi auguri a FIMMG per quello che ha fatto, per quello che farà. E un augurio a tutti i medici perché sappiano riconoscere nel lavoro quotidiano, nell'esercizio della professione, il reale impegno di tenere in piedi la democrazia, che è fondata proprio sul lavoro.

The logo features a large, vibrant red circle as its central element. Inside this circle, the text "Co.Ge.A.P.S." is written in a clean, white, sans-serif font. To the left of the red circle, a dark grey, curved shape resembling a stylized crescent or a swoosh is positioned. The background is white and decorated with several thin, light grey lines that form concentric circles and arcs, some of which are dashed, creating a sense of motion and depth.

Co.Ge.A.P.S.



Tickets a gennaio 2020 : 276.000

Tickets entrati 2020-2021: 210.000

Tickets lavorati : 456.000

Tickets attuali 30.000



Lavorazione tickets

mensili : 7.000



Oggi Co.Ge.A.P.S.
evade mensilmente i tickets
entranti

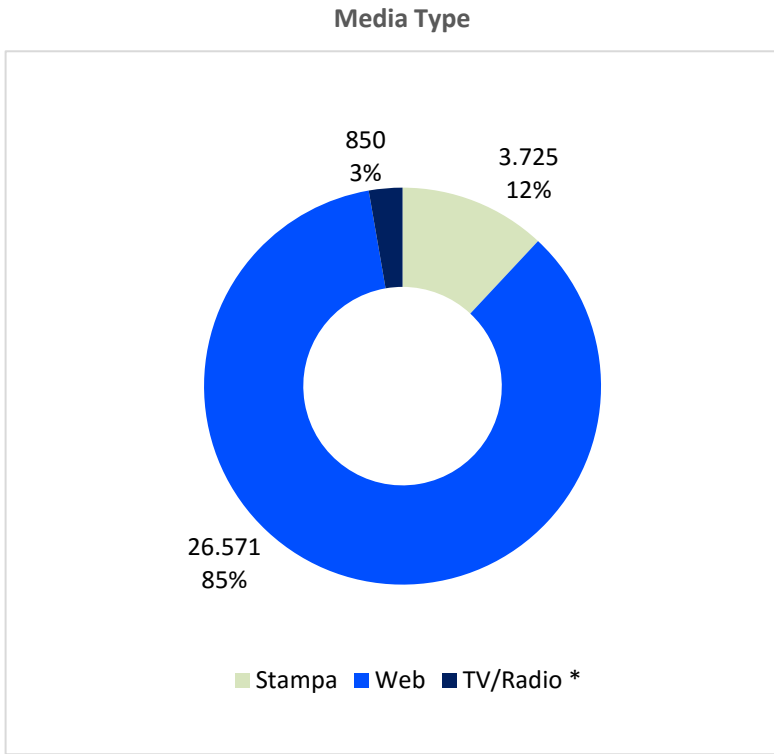
Media Coverage Analysis
«Fnomceo»
stampa nazionale
01 gennaio – 31 dicembre
2020



ITEM PER TIPO MEDIA



TOTALE ITEM FNOMCeO*
31.146

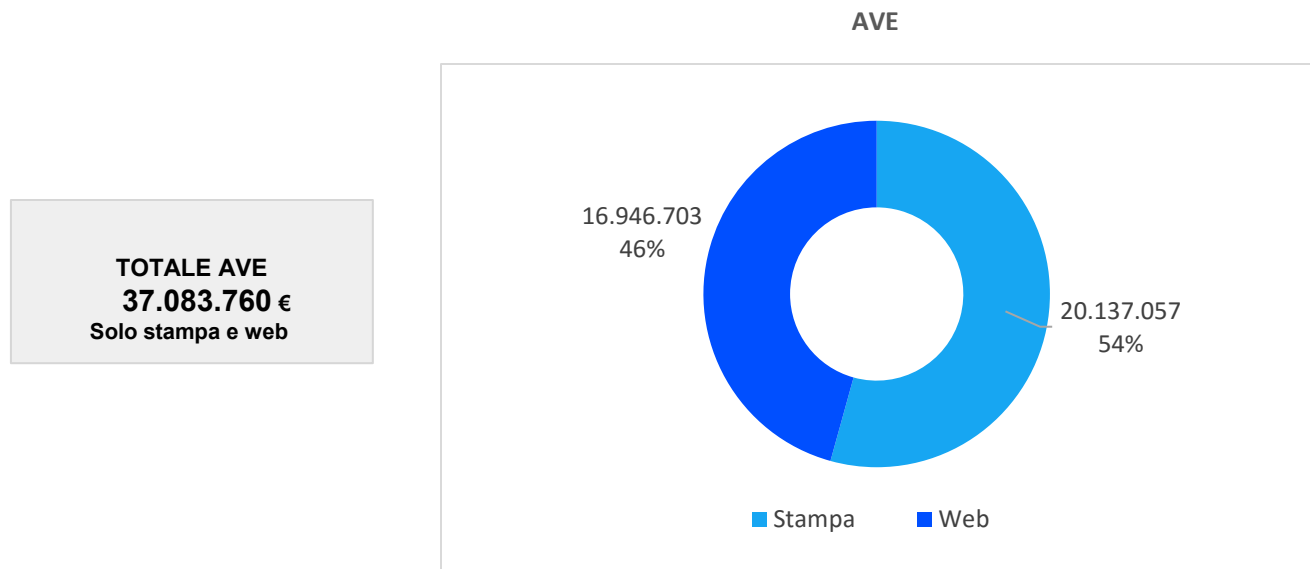


* In accordo con il cliente, in questa slide, nel totale item sono stati inseriti 850 passaggi radio-tv nel periodo di riferimento (gennaio-dicembre 2020)

** Nel totale Item FNOMCEO sono incluse uscite con citazione CAO



AVE – ADVERTISING VALUE EQUIVALENT



AVE (ADVERTISING VALUE EQUIVALENT)

Valore pubblicitario equivalente: il costo che l'azienda avrebbe dovuto sostenere per acquistare uno spazio pubblicitario della stessa dimensione su quella stessa testata.

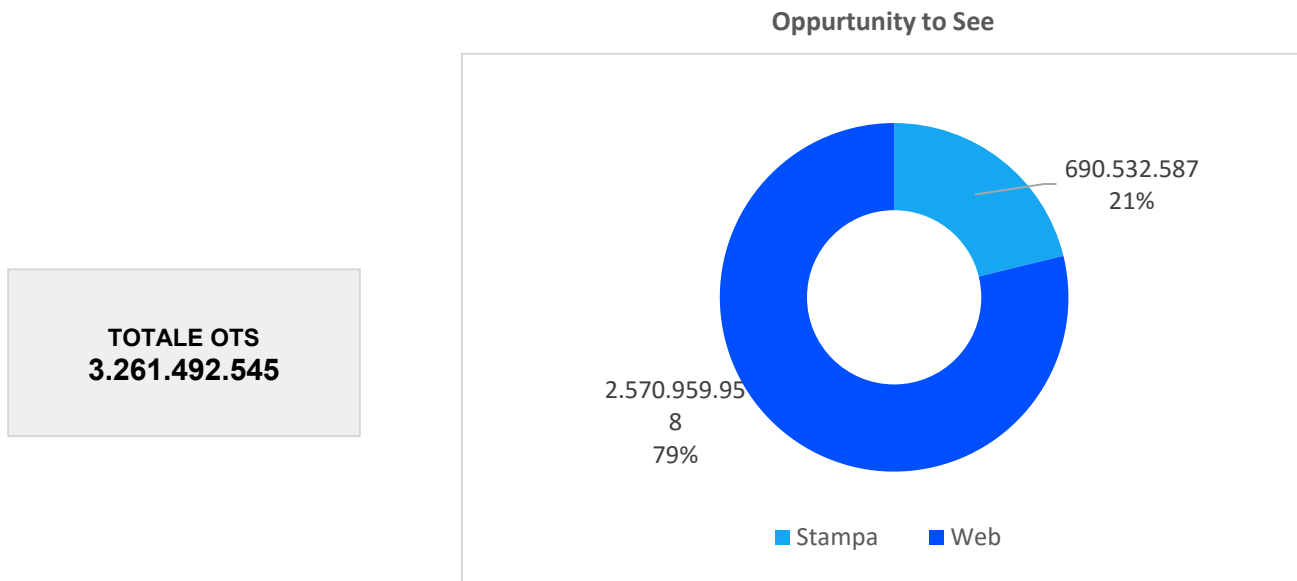
Il valore pubblicitario equivalente stampa e tv-radio è determinato secondo un algoritmo automatico che tiene in considerazione lo spazio occupato/durata e i valori di listino abbattuti secondo una percentuale media

AVEO (ADVERTISING VALUE EQUIVALENT ONLINE)

Il valore pubblicitario equivalente web è determinato sulla base dei dati di traffico generati da ciascun sito web.



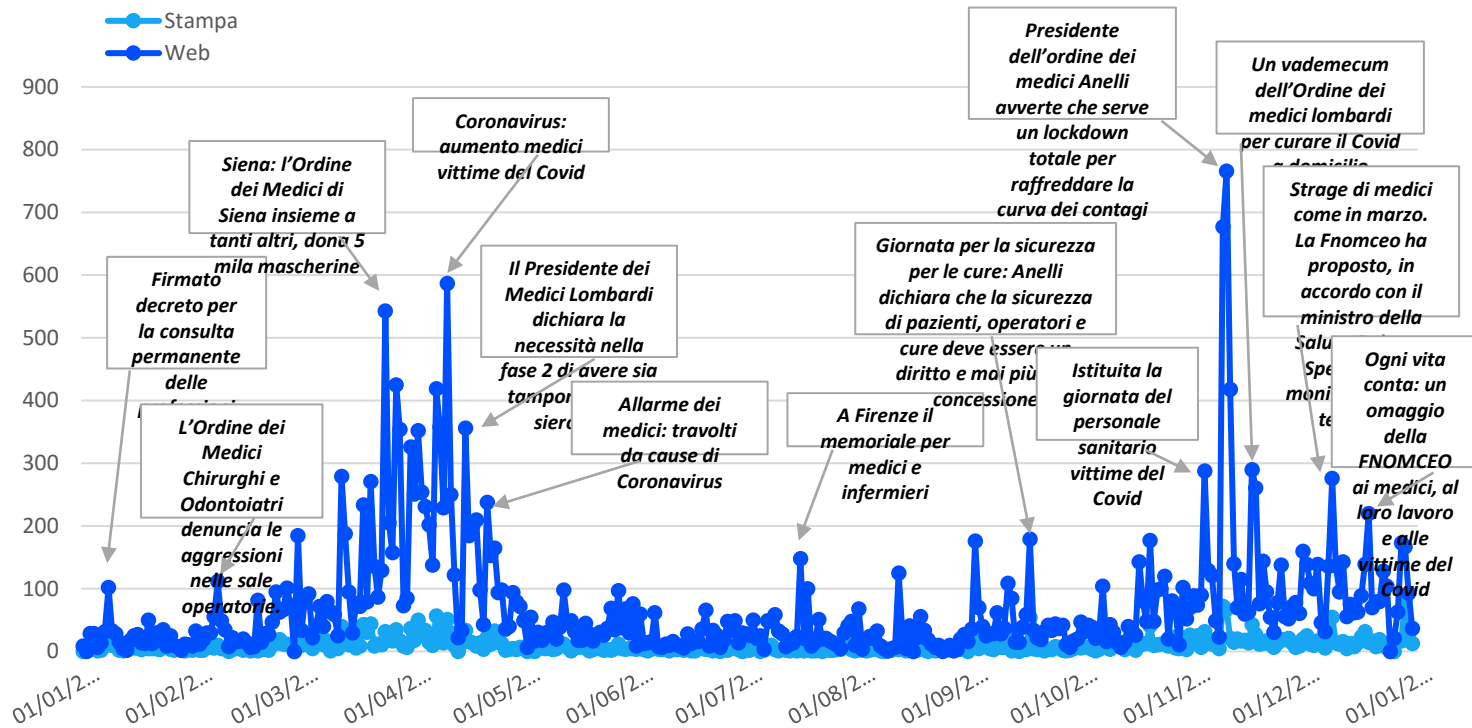
OTS – OPPORTUNITY TO SEE



OTS (OPPORTUNITY TO SEE)

Stima del numero di volte in cui un certo contenuto ha la potenzialità di essere visto dal pubblico. Per la Stampa è rappresentata dal dato di Readership. Per il Web è rappresentata dal dato di Reach. Rappresenta il potenziale pubblico della notizia, la quantificazione in lettori dell'esposizione mediatica.

TREND TEMPORALE DELLA COPERTURA



GRUPPO TECNICO FNOMCeO-CPPCLMM&C

- Accordo di collaborazione per la concessione da parte della FNOMCeO dell'utilizzo della Piattaforma FaDinMED per l'erogazione da remoto di corsi di formazione a favore dei tirocinanti
- Protocollo di Intesa che fissa norme di gestione della cerimonia di proclamazione dei laureati per ottimizzare la partecipazione dell'OMCeO alla prova finale abilitante all'esercizio della professione di medico chirurgo
- Aggiornamento del libretto di valutazione del tirocinio pratico valutativo per l'abilitazione alla professione di medico chirurgo
- Indagine per raccolta dati relativamente all'erogazione di cfu di didattica frontale assegnati ai medici di medicina generale nell'ambito dei corsi di laurea, al fine di predisporre linee guida su contenuti didattici condivisi e omogenei sul territorio nazionale

GRUPPO TECNICO FNOMCeO-CPPCLMM&C

- Incontro con il dr. Alberto Oliveti, Presidente ENPAM, ai fine di una più capillare diffusione circa la possibilità di iscrizione facoltativa all'ENPAM degli studenti del quinto e del sesto anno di medicina. L'ENPAM ha predisposto un video informativo
- Nota FNOMCeO-CPPCLMM&C, indirizzata al Ministro del MUR prof.ssa Maria Cristina Messa e al Presidente della CRUI prof. Ferruccio Resta, di richiesta di corresponsione di un compenso ai rappresentanti ordinistici all'interno delle Commissioni giudicatrici degli esami di Stato

GRAZIE PER L'ATTENZIONE