

WORKSHOP 1 QUALE MEDICO

-
- SESSIONE A **Formazione pre e post laurea**
moderatori: Roberto Stella, Alessandro Bonsignori
- SESSIONE B **ICT Information and Communication Tecnology**
moderatori: Sergio Bovenga, Silvestro Scotti
- SESSIONE C **Nuovi riferimenti della professione medica: accountability, advocacy, compliance**
moderatori: Fulvio Borromeo, Enrico Ciliberto
- SESSIONE D **Accreditamento delle SocietàScientifiche**
moderatori: Luigi Presenti, Giancarlo Carnevale

Il nodo critico della programmazione

Ezio Casale

presidente Omceo Chieti

LA PROGRAMMAZIONE per la formazione dei professionisti medici e più in generale del personale sanitario, sulla base della *previsione* del futuro fabbisogno, rappresenta un nodo critico per le Organizzazioni Sanitarie dei vari paesi, a prescindere dal tipo di Servizio Sanitario esistente; errori di programmazione possono comportare una carenza di professionisti (con la necessità di importarli dall'estero) o viceversa una pericolosa pleora (con il rischio di programmare un numero eccessivo di futuri neolaureati che non riusciranno a trovare sbocco occupazionale).

Già da alcuni anni esiste a livello europeo un piano d'azione per la pianificazione della forza lavoro delle professioni sanitarie, la *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting* che ha affidato proprio al nostro Ministero della Salute il ruolo di capofila di un progetto pilota, il *WP5*, con l'obiettivo di migliorare la programmazione della futura forza

WP5, il progetto europeo per la pianificazione relativa alle professioni sanitarie

lavoro relativa a cinque professioni sanitarie (medici, odontoiatri, infermieri, farmacisti ed ostetriche), individuando un set di indicatori e confrontando le migliori pratiche in uso nei vari paesi europei.

Nell'ambito del progetto pilota è stato costituito uno *Steering Committee* in cui sono stati invitati a partecipare numerosi stakeholder nazionali (MIUR, Regioni, Enti previdenziali, Cogeaps, Ministero delle Finanze, Rappresentanti delle professioni).

Questa fase operativa del progetto e del gruppo di lavoro si è conclusa con la sperimentazione di un modello per il calcolo del fabbisogno per le cinque professioni sanitarie, un modello matematico basato su un algoritmo, che partendo da alcuni dati condivisi (relativi ad offerta e domanda attuali) e considerando diversi parametri (curve di pensionamento e mortalità, proiezioni su futura popolazione residente, tasso di successo per gli iscritti ai cdl nell'ambito delle varie professioni...etc...), consentirebbe una previsione molto realistica del futuro fabbisogno e quindi di programmare il numero degli accessi ai cdl in medicina per formare lo stock di futuri laureati in grado di soddisfare quel determinato fabbisogno.

Il fabbisogno italiano di medici

Per ciò che concerne la *professione medica* il dato condiviso relativo all'offerta attuale è stato quello fornito dall'Enpam: il numero di medici professionalmente attivi in Italia al 31 dicembre 2014 era pari a 263.357, con un rapporto sulla popolazione residente pari a 4,3 medici per 1.000 abitanti. Utilizzando questo semplice modello è possibile prevedere il *gap futuro*, nel periodo compreso tra il 2015 ed il 2040 e nei diversi intervalli di tempo considerati, tra *domanda attesa* (definita dal parametro pari a 4,3 medici per 1000 abitanti) e *futura offerta* (popolazione medica attiva che resterà in seguito alle cessazioni e al netto di ulteriori ingressi, se non quelli già predeterminati dalla programmazione universitaria

definita sino allo scorso a.a.): nell'arco dell'intero periodo questo gap sarà pari a 142.197, valore che, spalmato per i 19 anni del periodo considerato, corrisponderà ad *un fabbisogno di nuove entrate (neolaureati) pari a 7.484/anno.*

N.B.: il parametro di 4,3 medici professionalmente attivi x 1.000 abitanti, registrato nel nostro paese, è uno dei più alti nell'UE e molto probabilmente, per tutta una serie di ragioni, potrebbe essere destinato a ridursi.

Dallo stesso modello si può calcolare inoltre che: in base alla programmazione universitaria già definita sino all'a.a. 2015/2016, il numero di futuri neolaureati, calcolato nel periodo 2015-2020 sarà circa 48.912, pari a una media di circa 8.150/anno; mentre i posti disponibili per la formazione post laurea, in questo stesso periodo, saranno pari a circa a 35.000 (6.000+1.000); resteranno fuori dalla formazione post laurea circa 14.000 neo laureati che si andranno ad aggiungere agli 8-10.000 attuali per cui, nei prossimi cinque anni, resteranno nel cosiddetto imbuto formativo, oltre 22.000 medici;

nei prossimi 10 anni le cessazioni saranno circa 110.000 e interesseranno per la gran parte medici che esercitano nel Ssn (specialisti dipendenti e convenzionati e mmg); ad invarianza formativa post laurea ci sarà comunque una carenza sia di medici specialisti che di mmg, solo parzialmente compensata dall'attuale piccolo esercito di disoccupati/sottoccupati.

Per l'a.a. 2016/2017, *la stima del fabbisogno di professionisti medici rilevata dalla Fnomceo*, calcolata utilizzando il modello dello Steering Committee, prevede un numero di accessi al cdL pari a 8.005 (con una riduzione del 16% rispetto al numero di accessi dell'a.a. precedente).

Nel nostro modello, questo numero di accessi programmato garantirebbe un numero medio di laureati /anno pari a 7.506;

La stima di fabbisogno rilevata dalla Fnomceo per l'a.a. 2016-2017

valore tale da assicurare un futuro stock di professionisti attivo in grado di soddisfare una domanda calcolata con un parametro pari a 3,9, valore più vicino all'attuale media OCSE e più coerente con una futura domanda più sostenibile,

La nostra ipotesi di previsione degli accessi ai cdL *garantirebbe un numero di laureati/anno sostanzialmente pari al numero dei posti disponibili nella formazione post-laurea* e potrebbe inoltre favorire un più rapido riassorbimento nel mercato del lavoro dei medici attualmente non attivi.

La somma dei fabbisogni rilevati dalle singole regioni, per l'a.a. 2016/2017 è invece pari a **9.886**, valore che non si discosta molto da quello dello scorso anno.

I singoli dati regionali mostrano alcune importanti variazioni, rispetto allo scorso anno, sia in aumento (Sicilia + 75%) che in diminuzione (Lazio - 30%).

*Le criticità della
programmazione
relativa alle
specializzazioni
mediche*

Nel 2016 il numero dei posti disponibili per tutte le 56 scuole di specializzazione era pari a 6.000 ed il numero di candidati è stato pari a 13.188 (fonte dati: MIUR).

Confrontando il numero di posti disponibili per ciascuna specializzazione, negli ultimi cinque anni, relativamente alle prime 30 per numerosità di posti disponibili, è possibile osservare che non ci sono state variazioni significative (a parte l'aumento relativo all'ultimo anno in cui il numero totale è stato aumentato da 5.000 a 6.000).

Anche la programmazione delle scuole di specializzazione presenta delle criticità, sia nella determinazione del numero complessivo delle borse che nella loro distribuzione per singole specialità.

Se andiamo a confrontare le 20 scuole in cui c'è stato, nello scorso anno, il maggior numero di candidati, osserviamo che corrispondono a quelle in cui era più alto il numero dei posti disponibili: i candidati in genere scelgono quindi le scuole che offrono un maggior numero di posti disponibili

Attualmente non abbiamo dati certi, ma solo alcune indicazioni, su quante cessazioni ci saranno nelle diverse specializzazioni, dato che sarebbe utile per una tempestiva previsione del futuro fabbisogno e per una corretta programmazione. Va detto però che a tutt'oggi non è possibile prevedere una corrispondenza diretta, per ogni singola specialità, tra future cessazioni e reali opportunità lavorative nell'ambito del Ssn. Gli sbocchi occupazionali per i nuovi medici specialisti dipenderanno molto dai futuri assetti organizzativi del Ssn che saranno condizionati, oltre che dalle risorse disponibili, anche da fattori demografici ed epidemiologici della popolazione residente, nonché dal progresso tecnologico scientifico in campo sanitario.

La formazione dei pediatri delle Cure Primarie

Paolo Becherucci

vicepresidente Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche

IL PEDIATRA DELLE CURE PRIMARIE è nella stragrande maggioranza dei casi un professionista convenzionato con il Ssn come pediatra di famiglia; il titolo di studio per accedere alla convenzione è la specializzazione in pediatria (o equipollenti). Intorno al 50% dei pediatri sono pediatri di famiglia: parliamo di circa 7.000 medici.

La specializzazione in pediatria soffre dei problemi di accesso di tutte le specializzazioni ma con l'aggravio che nei prossimi anni vi sarà un massiccio turn over dei pediatri di famiglia, legato alla contingenza dell'ingresso di un gran numero di professionisti in convenzione negli anni '80, con la sua istituzione, e quindi l'andata in pensione piuttosto concentrata nel tempo. Ad oggi le borse per la specializzazione in pediatria (meno di 400 nell'ultimo decreto del MIUR) coprono poco più del 50% delle uscite per pensione o eventi vari. Si è persa l'occasione di ridurre la durata del corso a 4 anni, analogamente a quanto fatto per altre discipline, che avrebbe per-

messo un aumento del numero dei pediatri formati ad isorisorse per il sistema. Quindi, se non si porrà al più presto rimedio a questa discrepanza con un incremento specifico del numero delle borse per la pediatria (pur essendo in atto una riduzione dei presidi ospedalieri), si rischia la scomparsa di un pilastro del sistema sanitario italiano, ovvero la pediatria convenzionata, che tanti risultati ha dato nel miglioramento della salute dei bambini e adolescenti italiani.

Il lavoro del pediatra delle Cure Primarie si è notevolmente modificato negli anni; i cambiamenti della società, delle malattie, delle cure, degli aspetti preventivi sono stati notevolissimi e non sempre la formazione, soprattutto pre-lavorativa, è riuscita a fornire gli strumenti per far fronte a questo cambiamento. Inoltre le competenze necessarie per esercitare la pediatria sul territorio sono diverse, almeno in parte, rispetto al lavoro nel setting ospedaliero: raramente il percorso di specializzazione fino ad oggi è stato calibrato su queste esigenze. Il decreto di riordino delle Scuole di Specializzazione del 2015 rappresenta un'occasione irripetibile per colmare questo gap formativo. Per la prima volta viene definito un percorso specifico per il pediatra delle Cure Primarie, in alternativa alle Cure Secondarie e agli indirizzi delle Cure Specialistiche. Viene sancita la necessità di un tirocinio presso le strutture territoriali, se non altro per soddisfare gli obiettivi didattici (skill ed attività elettive), alcuni dei quali sono esclusivi del setting territoriale. Dovranno essere affrontate tematiche oggi poco valorizzate durante l'intero percorso formativo in medicina: il lavoro in team mono e multiprofessionale, l'organizzazione del lavoro, la gestione delle risorse. Questo tirocinio dovrà avere pari dignità rispetto alla frequenza in ospedale ed essere obbligatorio.

L'esigenza di una formazione orientata alla pediatria territoriale

Il dibattito istituzionale per la ridefinizione delle competenze professionali in sanità

Attività di tirocinio nel biennio delle Cure Primarie

- **Mesi 12** presso Reparti Universitari e/o Ospedalieri di Pediatria
- **Mesi 12** presso strutture territoriali

- **Mesi almeno 6** presso gli studi dei Pediatri di Famiglia
- **Mesi fino a 6** presso strutture territoriali diverse e differenziate in relazione all'organizzazione locale

Pediatria di comunità, consultori pediatrici, servizi vaccinali, servizi di neuropsichiatria infantile, gruppi aziendali per bambini con bisogni speciali, corsi di preparazione al parto ...

qualità medicina nel SSN?

Attività di tirocinio nel biennio delle Cure Primarie

- **Mesi 12** presso Reparti Universitari e/o Ospedalieri di Pediatria
- **Mesi 12** presso strutture territoriali

- **Mesi almeno 6** presso gli studi dei Pediatri di Famiglia
- **Mesi fino a 6** presso strutture territoriali diverse e differenziate in relazione all'organizzazione locale

Pediatria di comunità, consultori pediatrici, servizi vaccinali, servizi di neuropsichiatria infantile, gruppi aziendali per bambini con bisogni speciali, corsi di preparazione al parto ...

qualità medicina nel SSN?

Viste queste necessità, abbiamo progettato un percorso formativo per gli specializzandi in pediatria che scelgano l'indirizzo delle cure primarie, il quale preveda un anno di frequenza presso le strutture territoriali; di questo anno almeno sei mesi presso gli studi dei Pediatri di Famiglia e fino ad altri sei mesi in strutture territoriali diverse (consultori, ambulatori vaccinali, medicina di comunità, servizi di igiene, servizi di neuropsichiatria infantile ...). Al fine di dare una visione quanto più ampia e diversificata del lavoro del pediatra convenzionato, è opportuno che gli specializzandi (quando possibile) ruotino in due studi diversi, con tipologie organizzative differenti, magari con tutor di sessi diversi. Ovviamente, come per tutta la rete formativa, le sedi territoriali del tirocinio dovranno essere qualificate. Per questo abbiamo definito criteri essenziali per aspirare alla funzione di tutor; tali criteri debbono ottemperare a diverse esigenze, quali essere rilevabili da parte delle Aziende e dell'Università, essere qualificanti ma non eccessivamente restrittivi, pena non avere un corpo sufficientemente ampio e variegato di tutor.

Sono criteri *indispensabili* relativi al *professionista* che si candidi come tutor:

- anzianità di specializzazione > 10 anni;
- anzianità in convenzione pediatrica > 5 anni;
- numero degli assistiti > 600;
- rapporto esclusivo nella convenzione di Pediatria di Famiglia;
- lavorare in una forma associativa.

Sono requisiti *indispensabili* relativamente alla **struttura** presso la quale avverrà la formazione degli specializzandi: che le visite avvengano di norma su appuntamento; che la struttura sia in regola con la normativa vigente, anche relativamente alla sicurezza.

Abbiamo inoltre selezionato dei criteri qualificanti (vedi tabella), quali elemento preferenziale di scelta nell'elenco degli aspiranti tutor.

TABELLA

CRITERI QUALIFICANTI

NELLA SCELTA DEGLI ASPIRANTI TUTOR

PER IL PROFESSIONISTA

Aver seguito un corso specifico sul tutoraggio

Precedente attività come professore a contratto presso una scuola di specializzazione o precedente attività come tutor presso una scuola di specializzazione

Altre specializzazioni, Dottorati di Ricerca, Master e Corsi di perfezionamento universitari

Lavorare in gruppo o in rete

Essere iscritto all'Albo degli Animatori di Formazione regionale o aziendale.

PER LA STRUTTURA DELLO STUDIO

L'esecuzione delle vaccinazioni

La presenza di un servizio di segreteria e/o infermieristico

Lavorare in una sola sede

(non in più studi dislocati in sedi diverse)

Un ambiente per le visite di dimensioni adeguate alla contemporanea presenza di due medici.

La presenza di più stanze da visita e/o di una stanza per l'infermiera

Eseguire prestazioni di self help (Test rapido SBEGA, esame urine, dosaggio PCR, emocromo, glicemia; esecuzione di impedenzometria, spirometria, pulsiossimetria, prick test)

Al fine di dare una risposta idonea ai bisogni formativi degli specializzandi, sarà necessario offrire agli aspiranti tutor un apposito corso di formazione, dove si affrontino non solamente le tematiche generali del tutoraggio ma anche si sviscerino gli aspetti specifici del tirocinio sul territorio e si diano

degli strumenti pratici di lavoro; SICuPP in partnership con FIMP sta lavorando per metterlo in atto.

*Ipotesi di lavoro
per il futuro*

Sarà sufficiente un pur corretto iter formativo nel biennio finale a far fronte al fabbisogno di pediatri professionalmente pronti alle nuove sfide che le Cure Primarie proporranno? Probabilmente dovremo pensare a meccanismi di stimolo aggiuntivi. Dovremo “far vedere” ai laureandi in medicina quali sono le varie tipologie di lavoro possibili in ambito pediatrico e quindi non solo prevedere uno spunto didattico relativo alle Cure Primarie nel corso di pediatria durante la laurea, ma anche inserire la possibilità di un tirocinio abilitante pre-laurea anche nel setting territoriale. Durante il triennio del tronco comune della specializzazione in pediatria dovranno essere proposti momenti di didattica frontale e/o seminariale inerenti il lavoro del Pediatra di Famiglia; sarà inoltre opportuno un breve tirocinio anche “osservazionale” presso gli studi convenzionati, prima che lo studente decida l’indirizzo da scegliere nel biennio successivo.

Vi dovrà essere successivamente alla specializzazione, un punteggio premiante per l’accesso alle graduatorie della convenzione pediatrica per coloro che avranno correttamente concluso il biennio in Pediatria delle Cure Primarie.

Restano da superare alcuni ostacoli, organizzativi e non, per mettere a pieno in atto quanto previsto dal decreto: in primis gli aspetti assicurativi. Sarà quindi necessario la rapida stipula di convenzioni fra le Università sedi di specializzazione e le aziende territoriali, e questo non solamente per la Pediatria delle Cure Primarie ma anche per tutte le altre attività territoriali. Ricordiamo che l’attivazione degli indirizzi da parte delle Scuole di Specializzazione è subordinata alla presenza delle strutture specifiche in cui si svolgano le attività elettive: per la Pediatria delle Cure Primarie questo è sempre possibile purché lo si voglia.

Conclusioni Concludendo, l'elemento cruciale è la ricognizione del bisogno di pediatri non domani ma fra 5-11 anni e la formazione di specialisti per le branche carenti: troppo spesso, infatti, la scelta di quale percorso formativo o specifico interesse perseguire durante lo studio è orientato più dalle possibilità e dalle necessità delle singole Università piuttosto che dai reali necessità del Sistema Sanitario.

Documento di sintesi del lavoro prodotto dall'Osservatorio giovani professionisti medici e odontoiatri della Fnomceo

a cura di Alessandro Bonsignore

coordinatore dell'Osservatorio giovani professionisti medici e
odontoiatri della Fnomceo

IL PERCORSO FORMATIVO DEL MEDICO di domani necessita, in questi anni, di un profondo rinnovamento volto ad assicurare una preparazione che sia in linea con gli altri paesi europei ed adeguata rispetto alle innovazioni tecnologiche, senza – tuttavia – perdere di vista i principi deontologici del rapporto medico-paziente che devono e dovranno sempre ispirare la professione medica.

Su questi presupposti la Fnomceo si fa promotrice di novità sostanziali in tema di formazione pre e post lauream. Un rinnovamento che deve prender vita da una programmazione seria e concreta che – a sua volta – non può prescindere dalla reale quantificazione del fabbisogno di medici, non solo in termini di numeri assoluti bensì anche e soprattutto delle specificità di ciascuna disciplina.

Relativamente al primo aspetto, importante è stato il lavoro sinora svolto dalla Fnomceo che, insieme al Ministero della Salute, ha aderito al progetto europeo *Joint Action on Health*

Workforce Planning and Forecasting integrando il modello Steering Committee con i dati italiani per programmare il numero di accessi ai Corsi di Laurea.

Aggiornare le anagrafiche inserendo specialità e mansioni dei professionisti

Molto impegno, invece, deve ancora dedicato al tema della stratificazione – per singola specialità – dei 262.000 medici che esercitano oggi la professione medica.

È indubbio, infatti, che ad oggi esista un esubero di medici in alcune branche (cardiologi, igienisti, etc.) a fronte di una grave carenza in altre (medicina d’urgenza, pediatria, mmg, etc.). Per fare ciò risulta imprescindibile reperire banche dati dalle quali creare le fondamenta per un reale calcolo del fabbisogno di specialisti per i prossimi anni.

In quest’ottica l’impegno della Fnomceo, nei prossimi mesi, sarà quello di istituire un modello standardizzato che i singoli Omceo dovranno utilizzare per aggiornare le anagrafiche dei propri iscritti con i titoli acquisiti nel post-lauream e, soprattutto, con le specifiche mansioni in concreto svolte.

Un lavoro ambizioso e complesso che, se integrato dalla necessaria collaborazione delle Regioni cui spetta l’onere di calcolare le reali esigenze occupazionali, porterà finalmente ad una programmazione adeguata e capace di garantire un futuro sereno ai cittadini ed un equilibrio lavorativo agli esercenti la professione medica.

La laurea abilitante

Sempre in tema di percorsi formativi pare opportuno intervenire con urgenza su quelle che sono le tempistiche – oggi ingiustificatamente lunghe anche in relazione alle altre realtà europee – necessarie al conseguimento dei vari steps professionalizzanti, *in primis* la laurea. La riforma della cosiddetta “laurea abilitante”, da tempo auspicata dalla Fnomceo, mai come oggi vicina all’essere realizzata, consentirà – infatti – di ridurre di almeno sei mesi l’ingresso dei giovani medici nel mondo del lavoro.

Passando, invece, ad analizzare il percorso post-lauream, notevoli sono le novità introdotte dal DM 04 febbraio 2015 n. 68; una riforma degli ordinamenti delle Scuole di Specializzazione che, laddove correttamente applicata, potrebbe emendare molte delle attuali criticità: l'implemento degli aspetti professionalizzanti (elevati al 70% del percorso formativo) e l'estensione delle reti formative al mondo ospedaliero (ove la frequenza non potrà essere inferiore al 20%) sin dai primi anni, sono – tra i tanti – gli aspetti cardine di questo rinnovamento.

Servirà, tuttavia, verificare che quanto sopra sia in concreto posto in essere. Gli organi preposti al controllo, infatti, quali gli Osservatori Regionali della Formazione Medica Specialistica, sono oggi spesso assenti o comunque non sufficientemente in grado di verificare la corretta applicazione delle normative, nonostante gli indicatori di qualità delle scuole di specializzazione di area medica siano già previsti da apposito DM.

Ma vi è di più. Del tutto carente è l'integrazione con il territorio, essendo le reti formative limitate a casistiche pressoché esclusivamente ospedaliere ed universitarie; analogamente insufficiente è l'insegnamento delle “non technical skills” (Management, Global Health, Leadership, comunicazione, etc) così come inaccettabili sono i costanti e ripetuti ritardi nell'indizione dei concorsi di specializzazione.

Questi aspetti suggeriscono l'opportunità di integrare l'iter di rinnovamento del sistema formativo iniziato nel 2015, senza – tuttavia – doverlo stravolgere nuovamente prima che sia entrato in vigore a pieno regime.

In questo senso non sembra condivisibile quanto auspicato nella bozza di disegno di legge delega in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane ex art. 22 del “Patto per la Salute”, laddove si introduce la possibilità di un inserimento degli specializzandi degli ultimi due anni all'interno dei Ssr

e del Ssn; una frequenza dei medici in formazione nelle strutture accreditate ospedaliere, infatti, è – come detto – già stato previsto dal DM 68/2015, peraltro non solo nell'ultimo biennio bensì durante tutto il corso di specializzazione.

*Il capitolo della
formazione in
Medicina
Generale*

Da ultimo, ma non certo per importanza, vi è il grande e cruciale capitolo della Medicina Generale; un settore in cui non si può non sottolineare come – in questi ultimi anni – vi sia stato un notevole incremento della burocrazia, imposta da una politica che – paradossalmente – costringe il medico ad attenersi a dei decreti per esercitare la propria professione. Un medico a tratti dequalificato e spesso non valorizzato in maniera idonea, che già a partire dal corso di formazione è scoraggiato nell'accettare una professione che presenta tutele inferiori rispetto a quelle esistenti per le Scuole di Specializzazione. Per tale motivo la Medicina Generale è una branca sempre meno scelta, con la conseguenza che avremo una forte carenza di mmg nel prossimo decennio.

Pur in questo difficile contesto, la Medicina Generale di oggi richiede un sempre più ampio bagaglio di competenze: apre così le porte alla Slow Medicine e si affaccia – per la prima volta – nella ricerca scientifica. Tutto ciò diventa fondamentale nell'ottica di un futuro che presenta sempre maggiori sfide tra cui si segnalano la medicina difensiva, l'aumento delle cronicità e la tecnologia che avanza.

Conclusioni

Alla luce di tutto questo, solo tenendo in mente il concetto del *to care*, quale obiettivo principale della professione medica, sarà possibile avere sempre meno medici manager e più medici animati dall'amore per la loro professione.

ICT e sanità elettronica

Silvestro Scotti

presidente Omceo Napoli

IN ITALIA, A DIFFERENZA DI QUANTO si possa immaginare, c'è stato uno sviluppo rapido della sanità elettronica, ma le ricadute applicative avvicinano questo ambito di ricerca più alle valorizzazioni economiche riferite all'assistenza che alla definizione di strumenti di supporto del medico o dell'operatore sanitario. Per esempio, la telemedicina si sta espandendo molto ma questo modello va ancora ben chiarito rispetto ai parametri di prestazione: è evidente infatti che nei nomenclatori regionali non sono previste né valorizzate le prestazioni telemediche, ponendole perciò in una condizione di assimilabilità alle prestazioni in presenza senza nemmeno ottenerne il vantaggio di una migliore economia di scala (centralizzazione dei referti, e diffusione territoriale della prestazione).

*Sanità elettronica:
uno strumento per
la salute o solo un
vantaggio
economico?*

Sembra quindi che lo sviluppo della sanità elettronica, oggi in crescita in particolare negli atti medici di prescrizione e certificazione dematerializzate, sia più legato all'art. 81 (equilibrio della finanza pubblica) che all'art. 32 (diritto alla Salute) della Costituzione: una battuta per dire che la questione della nuova tecnologia si appresta ad essere appannaggio più del ciclo economico che non una estensione del diritto della tutela di salute. Questo aspetto evidentemente rischia di alterare il rapporto tra medico e paziente: il processo dei flussi dei dati, così come viene impostato oggi, non tiene conto del ruolo di una professione intellettuale quale è quella medica: infatti nel momento in cui in Italia si usa la codifica delle diagnosi cosiddetta ICD-9-CM nell'elaborazione di un ragionamento diagnostico, è chiaro che la classificazione sovrasta il ragionamento intellettuale su cui invece si basa sempre la diagnosi. Cioè, *l'approccio informatico costringe ad un codifica dei dati senza un apprezzamento intellettuale* nonostante le scelte diagnostiche e terapeutiche siano sempre più determinate dalle evidenze clinico-scientifiche basate su dati digitali (*N.d.R. La classificazione ICD-9-CM è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche*).

*ITC tra mercato,
professione medica
e bisogni di salute*

Sul delicato tema della *privacy* è necessario poi ricordare che i flussi di dati stanno oggi assumendo una mobilità che deve essere chiarita e maggiormente sistematizzata: ad oggi il cittadino non ha l'*empowerment* positivo alla sanità elettronica ed è quindi importante che possa conoscere le procedure ed avere un accesso diretto ai propri dati così come viene riportato nel nuovo Regolamento europeo. Questo criterio vale anche per il campo delle App sanitarie che in Italia, ma è un problema di dimensione internazionale, spesso non sono validate dall'istituzione sanitaria ma progettate e predisposte a fini di pro-

duzione di servizi *on-line for profit* creando un consumo di sanità piuttosto che una vera azione di prevenzione e di indirizzo agli stili di vita. Quindi in sé il prodotto non nasce ad uso del paziente o dell'operatore sanitario, attraverso un'analisi dei bisogni e delle ricadute, ma è finalizzato al mercato, al consumo. Questo modello è chiaro che non può essere sufficiente: ci vuole invece una reale conoscenza della professione in cui si calano questi strumenti e soprattutto tutti gli strumenti che producano informazioni sanitarie o potenzialmente utili alla salute dovrebbero tener conto anche delle possibili implicazioni deontologiche conseguenti per il medico che le intercetta. Lo sviluppo delle applicazioni informatiche in sanità dovrebbe essere affiancato da competenze specifiche che mettano a fuoco gli elementi tecnologici per una reale utilità per il paziente, per il medico e per tutte le professioni sanitarie, con un approccio intellettuale e non statistico o classificatorio.

Fnomceo vuole lavorare alla creazione di un *albo di consulenti medici esperti della trasferibilità degli applicativi informatici a supporto della buona pratica clinica e gestionale del futuro medico* proprio perché la salute non è sempre riconducibile a processi informatici ma ha bisogno di quella quota di relazione professionale che rimane fondamentale nell'area medica.

Creare un albo di consulenti medici esperti della trasferibilità degli applicativi informatici in ambito sanitario

La Pubblica Amministrazione, ma anche tutto il mondo dei servizi, è orientato ad estendere sempre più le offerte sul web. Ne sono un esempio i portali di accesso di Inps, Inail, e quelli delle Regioni. Tra i servizi che queste sono chiamate a sviluppare il famoso FSE (Fascicolo sanitario elettronico), dove confluiranno le diagnosi, le prescrizioni, le indagini effettuate. L'accesso a tali portali è vincolato a protocolli che utilizzano il riconoscimento del professionista medico attraverso credenziali che vengono consegnate previa la presentazione di un certificato di iscrizione all'Ordine.

FSE e protezione dell'identità digitale dei professionisti medici

L'uso (come sta avvenendo) di credenziali basate su sistema di autenticazione a due fattori (User-ID e Password) è un sistema di autenticazione *debole* che rende possibile il furto di identità, e rende problematico il controllo della permanenza nel tempo della idoneità-abilitazione a svolgere le mansioni per le quali il professionista si accredita e accede.

Il futuro disegna in questo campo l'identificazione digitale degli utenti e quello dei singoli professionisti che dovranno accreditarsi attraverso un'autenticazione che li abiliti a svolgere operazioni che sono di loro esclusiva pertinenza. Su questo orizzonte si proietta il futuro degli Ordini, che dovranno accreditarsi come Attribute-Provider per garantire al sistema la possibilità di identificare il medico e/o l'odontoiatra garantendo i suoi titoli ed il mantenimento nel tempo l'idoneità alle mansioni svolte.

Fare di più non significa fare meglio

Sandra Venero

cofondatore e vicepresidente Associazione Slow Medicine
coordinatore del progetto *Fare di più non significa fare meglio -
Choosing Wisely Italy*

L'APPORTO DI SLOW MEDICINE e del progetto *Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy* alla definizione di una nuova figura di medico può essere rappresentato da questi due recenti riferimenti della professione medica, che attengono alla dimensione etica e deontologica e che vanno attuati in maniera congiunta:

1. *l'assunzione di responsabilità nei confronti di sovrautilizzo e sottoutilizzo di esami, trattamenti e procedure (appropriatezza clinica);*
2. *il dialogo e la relazione con le persone assistite e i cittadini, perché possano essere effettuate scelte informate e condivise nel rispetto dei loro valori e delle loro preferenze.*

L'*Institute of Medicine* degli USA fin dal 2001 ha messo al centro del suo rapporto *Crossing the Quality Chasm*¹, pietra miliare nel mondo della qualità in medicina, la necessità di superare tre tipologie di problemi di inappropriatezza clinica:

*Appropriatezza
clinica e uso
appropriato delle
risorse*

- il sovrautilizzo (*overuse*),
- il sottoutilizzo (*underuse*),
- lo scorretto utilizzo o errore (*misuse*)
di esami o prestazioni terapeutiche.

E nel 2002 la Carta della Professionalità Medica², codice deontologico per i medici di tutto il mondo, per la prima volta chiama in causa i medici perché si assumano la responsabilità dell’allocazione appropriata delle risorse, che sono limitate, e dell’evitare test e procedure superflue, dato che “fornire servizi non necessari non solo espone i pazienti a rischi e costi evitabili ma anche riduce le risorse disponibili per gli altri”. Fino a poco tempo fa, tuttavia, il concetto di *appropriatezza clinica* non ha ricevuto la dovuta attenzione nel mondo medico né ha trovato una adeguata applicazione pratica.

Solo recentemente è emerso con sempre maggior chiarezza dalla letteratura scientifica³ che il *sovrautilizzo* di esami e trattamenti non ha solo valenza economica di spreco, ma si può configurare come un vero e proprio errore clinico, che danneggia i pazienti sia direttamente – come nel caso delle radiazioni ionizzanti in eccesso, di molte procedure invasive, degli effetti collaterali dei farmaci – sia indirettamente attraverso falsi positivi e sovradiagnosi⁴, cui conseguono ulteriori esami e interventi chirurgici in un circolo vizioso di sovra-trattamento.

La riduzione del sovrautilizzo può inoltre permettere un impiego più appropriato delle risorse e una medicina più equa se le risorse vengono impiegate per contrastare il sottoutilizzo, cioè per pratiche che secondo prove scientifiche apportano benefici certi, ma non vengono erogate a sufficienza.

Spetta dunque ai medici e agli altri professionisti affrontare in prima persona la questione dell’appropriatezza clinica nelle sue diverse componenti, come assunzione di responsabilità, in alleanza con i pazienti e i cittadini.

Una prima iniziativa concreta in questo senso è rappresentata dalla campagna *Choosing Wisely*⁵ promossa nel 2012 da ABIM Foundation, negli USA, con la collaborazione di *Consumer Reports*, organizzazione indipendente di consumatori. L'adesione delle società scientifiche USA è stata molto alta: dopo le prime 9 liste di test e trattamenti a rischio di inappropriatazza pubblicate ad aprile 2012, risultano attualmente più di 70 le società che hanno presentato una o più liste per un totale di più di 400 pratiche⁶. E f o n d a m e n t o zione medico-paziente e il ruolo più attivo di pazienti e cittadini: la decisione circa l'effettuazione di quegli esami e trattamenti non deve essere lasciata al solo medico, ma venire il più possibile condivisa tra medico e paziente, grazie ad un colloquio in cui il medico esponga i benefici e i possibili danni del trattamento in questione e ascolti e tenga in considerazione valori, aspettative e preferenze della persona che ha di fronte.

*La campagna
Choosing Wisely
negli USA*

L'assunzione di responsabilità dei professionisti e la centralità del coinvolgimento dei pazienti sono anche le caratteristiche del progetto italiano *Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy*⁷. Dopo il lancio da parte di medicina, a fine 2012⁸, si sono associati come progetto Fnomceo, Ispasvi, l'Istituto Change di Torino, *PartecipaSalute*, *Altroconsumo*, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano: professionisti in alleanza con pazienti e cittadini, i cui referenti sono parte del gruppo di regia del progetto. A maggio 2016 hanno aderito al progetto italiano 37 società scientifiche di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti, sono state pubblicate 29 liste di pratiche a rischio di inappropriatazza per un totale di 145 raccomandazioni e ulteriori 8 liste sono già state definite; inoltre è stato elaborato materiale ad hoc per i cittadini, tra cui 11 schede in collaborazione con *Altroconsumo*.

*Fare di più non
significa fare meglio
Choosing Wisely
Italy*

Come in *Choosing Wisely USA*, al centro del progetto c'è il dialogo tra il professionista e il paziente da cui possa derivare una decisione condivisa: sono dunque da prevedere sia l'adeguato tempo per la relazione sia le competenze dei professionisti in tema di comunicazione e di counselling.

Gli stessi principi animano *Choosing Wisely International*, composto da 16 Paesi di tutto il mondo⁹, che ha tenuto il suo terzo meeting a Roma a maggio 2016.

*L'indagine sul
comportamento dei
medici italiani sulle
richieste di
trattamenti non
necessari*

L'importanza del fenomeno del *sovrautilizzo* di esami e trattamenti è emersa anche dalla recente *indagine sul comportamento dei medici italiani* di fronte alla richiesta, da parte del paziente, di esami diagnostici, trattamenti e procedure ritenuti non necessari.

L'indagine, condotta in collaborazione tra Slow Medicine e Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri negli ultimi mesi del 2015, si è basata sul questionario impiegato da ABIM Foundation presso i medici USA nel 2014 e si è avvalsa della pubblicazione online del questionario sul sito Fnomceo e della adesione volontaria dei medici alla compilazione.

Hanno iniziato il questionario 4.263 medici, e 3.688 l'hanno completato.

Dai primi risultati emerge che i medici italiani sono in generale molto *consapevoli* del fenomeno del sovrautilizzo di esami diagnostici e trattamenti: per il 93% dei medici rispondenti la frequenza di test, trattamenti e procedure non necessari rappresenta un problema molto o abbastanza serio e il 44% dichiara di ricevere dai pazienti richieste di esami e trattamenti non necessari almeno ogni giorno o più volte la settimana.

Il 51% dei rispondenti indica la necessità di sicurezza tra le maggiori motivazioni di prescrizioni non necessarie, mentre il timore di sequele legali rappresenta una motivazione mag-

giore per il 33% dei rispondenti e il desiderio di assecondare il paziente è chiamato in causa da percentuali ancora inferiori. Il 79% dei medici rispondenti ritiene che il medico sia la figura con il ruolo più adatto per affrontare il problema di test, trattamenti e procedure non necessari, distanziando di gran lunga altre istituzioni: solo per il 7% lo hanno le aziende sanitarie, per il 5% il legislatore o il governo, sempre per il 5% le società scientifiche.

Infine, i medici rispondenti indicano tra gli strumenti utili a ridurre la prescrizione di esami e trattamenti non necessari: avere più tempo a disposizione per discutere con il paziente le varie opzioni (88%), poter disporre di materiale informativo evidence based preparato per i pazienti (84%), e a seguire la riforma della legge sulla responsabilità del medico (83%) e la modifica del sistema di remunerazione/sanzione (60%).

-
- 1 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001
 - 2 American Board of Internal Medicine Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. *Medical professionalism in the new millennium: a physician charter*. *Ann Intern Med*. 2002;136(3):243-246.
 - 3 Grady D, Redberg R.F. Less Is More. *How Less Health Care Can Result in Better Health*. *Arch Int Med* 2010; 170: 749-750
 - 4 Welch HW, Schwartz LM, Woloshin S. Sovradiagnosi. *Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati*. Il Pensiero Scientifico Editore 2014.
 - 5 Cassel CK, Guest JA. *Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care*. *JAMA*. 2012;307:1801-2.
 - 6 <http://www.choosingwisely.org/>
 - 7 Vernero S. *La rivoluzione del paziente e del cittadino* SaluteInternazionale.info 5 giugno 2013
 - 8 Vernero S, Domenighetti G, Bonaldi A. *Italy's Doing more does not mean doing better* campaign. *BMJ* 2014;349:g4703
 - 9 Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA; *On behalf of the Choosing Wisely International Working Group*. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015;24:167-174.

Accountability, advocacy

Rodolfo Vincenti

presidente di *Fondazione Chirurgo e Cittadino*

NON SI PUÒ NON PRENDERE ATTO di come nell'ultimo decennio sia avvenuta una rivoluzione nella professione del medico e di come i sistemi sociali e sanitari siano profondamente cambiati; tale situazione ha inciso profondamente nella domanda del cittadino e di conseguenza nel modo in cui il medico è tenuto ad esercitare la professione.

Accountability nella professione medica

L'aspetto maggiormente rilevante, che ripensa quanto la consuetudine passata ci ha sottoposto, è la necessità del dover "render conto", sia come individuo singolo che come gruppo di lavoro, rispetto, non solo alla performance e agli outcomes, ma anche agli strumenti messi in atto per ottenerli (*accountability*).

Accountability nella professione significa essere chiamati a rispondere del proprio operato fornendo informazioni su che cosa si fa, motivando le scelte, per garantire standard di qualità ragionevoli. In buona sostanza rappresenta il diritto alla co-

noscenza, attraverso il quale ridare fiducia a una alleanza, tra medico e cittadino, che oggi è al minimo storico. L'accountability disciplina il rapporto tra operatore sanitario e malato, privilegia la interazione e la condivisione e, in ultima analisi, risponde alla domanda di salute del paziente, rendendo il cittadino protagonista del proprio percorso di assistenza sulla base di scelte libere e consapevoli (empowerment). Quindi non semplicemente *performance* ma anche responsabilità sociale, superando la visione economica-finanziaria e guardando maggiormente alla dimensione delle attese del malato. Nel 2003 Harber e coll. hanno tentato di definirne i principi di base (v. tab.1).

TABELLA 1 - I SEI PRINCIPI DELL'ACCOUNTABILITY

1. Non si è accountable se non si ha il controllo
2. Non è sufficiente controllare i processi senza raggiungere gli outcomes attesi
3. L'empowerment dei soggetti coinvolti è fondamentale
4. L'accountability è dinamica: cambiano le situazioni, gli obiettivi, gli outcomes
5. Deve coinvolgere tutti gli operatori
6. È priva di senso se non conduce a conseguenze eque e appropriate

Fonte: Harber, Bruce and Ted Ball, From the blame game to accountability in health care, Policy Options 2003;24 (10):49-54

Agli stakeholders della Salute viene richiesto inoltre l'impegno a modificare e indirizzare le politiche pubbliche che potranno avere un impatto diretto sul "benessere" dei pazienti per favorire il cambiamento sociale intervenendo sugli "attori": istituzioni, professionisti, cittadini, per modificare il loro comportamento. Quindi "tutela" e protezione dei diritti del soggetto in difficoltà, ma anche "promozione", intesa come co-progettare un assetto istituzionale e gestionale che tenga conto delle esigenze dei soggetti svantaggiati (*advocacy*);

Advocacy

A tale proposito non è superfluo ricordare come più volte e da tempo determinazioni di legge (L.833/78; art. 14 Dlgs 502/92; art. 12 del D.lgs 229/99; d. l. 163/95 su carte servizi; L. 328/2000 sui servizi sociali) abbiano ribadito l'importanza a tal fine della azione delle organizzazioni di volontariato: *“partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato nelle attività non solo relative alla “programmazione” ma anche al “controllo ed alla valutazione” dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale”* -

Il fine ultimo sarà il miglioramento della percezione della qualità del sistema, della adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici, della relazione medico-paziente (*compliance*) e, non secondariamente, della riduzione del contenzioso medico-legale. La necessità di una relazione “nuova” con il paziente/esigente deve far superare la banalità del semplice miglioramento dei comportamenti, ma deve rappresentare una discontinuità totale ed essere frutto di nuove organizzazioni del lavoro, di un Impegno Istituzionale coerente ed usufruibile, della rendicontazione sociale e responsabilizzazione degli operatori sia nelle procedure e sistemi organizzativi sia nella ricerca della malattia attraverso l'ascolto e la conoscenza del malato.

**La Fondazione
Chirurgo
e Cittadino onlus**

La *Fondazione Chirurgo e Cittadino* onlus (FCC) è nata nel 2010 su iniziativa della Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI) nella considerazione di alcuni dati ormai stabilizzati e basati su evidenze scientifiche.

Malgrado gli alti livelli assistenziali presenti in Paesi industrializzati con sistemi di welfare avanzati, gli “errori” umani e i cosiddetti “eventi avversi” (che includono accadimenti negativi privi di conseguenze fino a gravi lesioni irreversibili – tipo gli scambi di lato – o decessi) sono riscontrabili in percentuali significative (v. tab. 2).

I fattori di rischio analizzati da metanalisi, studi prospettici e retrospettivi dimostrano con assoluta certezza statistica che

la insufficiente comunicazione in equipe e con il paziente, associata alla mancanza di coinvolgimento consapevole del malato nel percorso di cura rappresenta la principale causa di insorgenza di errore e di evento avverso (v. tabb. 3, 4).

TABELLA 2 - INCIDENZA DI EVENTI AVVERSI IN AREA CHIRURGICA (%)

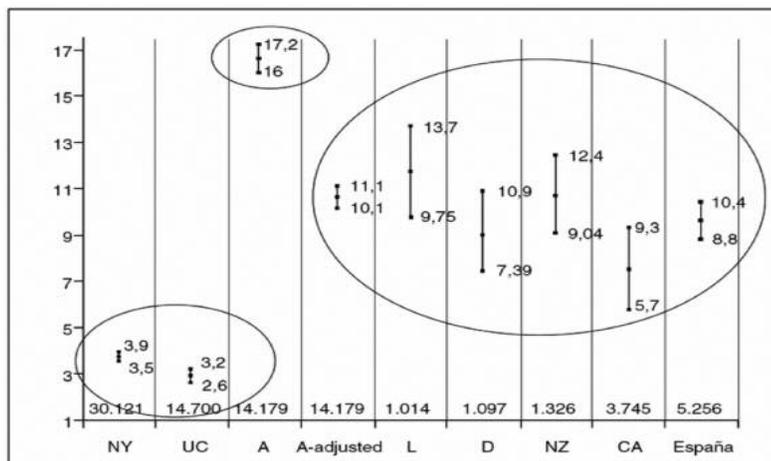


TABELLA 3 - FATTORI DI RISCHIO PER INSORGENZA DI ERRORE SANITARIO (MEDICO, TERAPIA, DIAGNOSTICA)

emergency care	OR = 1.7 // 2,5 P<0.001
hospitalization	OR = 1.6 // 2.3 “
three doctors involved	OR = 2.0, “
poor care coordination	OR= 3.9 // 5.4 “
poor doctor-patient communication	P<0.01
lack of patient involvement in care	“

Fonte: Osborn R, Squires D, *International perspectives on patient engagement: results from the 2011 Commonwealth Fund Survey*, J Ambul Care Manage. 2012 Apr-Jun;35(2):118-28.

(Australia, Canada, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, United Kingdom, United States)

TABELLA 4 – FATTORI DI RISCHIO PER INSORGENZA
DI ERRORE

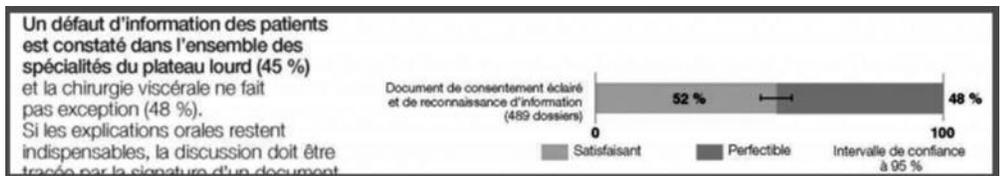
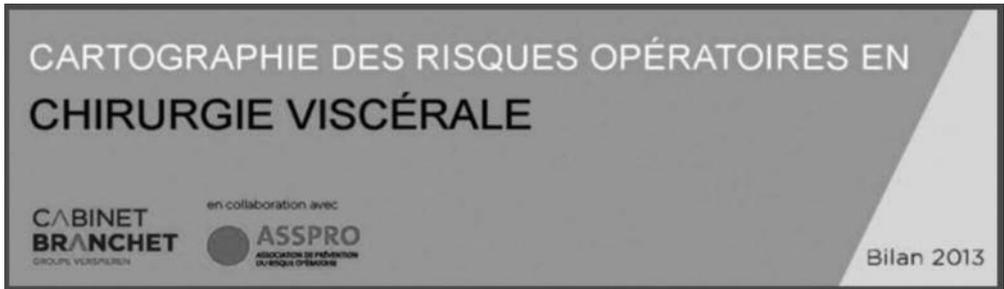
Logistic regression model	
Risk factor	Significance P<0.001
Age (>65)	yes
Education	yes
Chronic conditions (>2)	yes
Number of doctors (>3)	yes
Poor care coordination	yes
Poor doctor communication	yes

Fonte: Scobie A, *Self-reported medical, medication and laboratory error in eight countries: risk factors for chronically ill adults*, Int J Qual Health Care. 2011 Apr;23(2):182-6.10.

(including not knowing important medical history, not encouraging patient to ask questions, not involving patient in treatment decisions and not giving adequate care instructions)

In aggiunta a tali incontrovertibili dati è da segnalare che, a valle e conseguenza di molti eventi avversi, si instaurano procedimenti di rivalsa da parte del cittadino presunto danneggiato che, nella casistica di una delle maggiori compagnie assicurative di Francia, scaturiscono nel 48% dei casi dei dossier di sinistro da difetti di comunicazione (v. tab. 5)

TABELLA 5 – PERCENTUALI DI CAUSE DI LITE
BASATE SU DEFICIT DI COMUNICAZIONE



Come se tutto quanto sopra non fosse sufficiente a inquadrare la problematica esiste il dato, più volte e da più parti dimostrato, di come la qualità della assistenza sanitaria percepita dal cittadino sia notevolmente inferiore a quella realmente erogata. Alcuni sondaggi riferiscono che il 70% degli italiani ritiene abbastanza o molto probabile il rischio di incorrere in un errore medico (*Altroconsumo* 2011), mentre un sondaggio del Censis (2011) ha riportato che alle domanda “*è mai capitato a te o ad un tuo familiare di subire un grave errore medico*” il 15% ha risposto sì.

La FCC prende atto e invita a prendere atto, che il paradigma delle organizzazioni 2.0 è virato dall’era industriale a quella dell’informazione nella quale cambiamento, condivisione, empowerment sono le parole chiave che trasformano, nella Sanità del 2000, i malati da oggetti di malattia a persone con le quali stabilire una più profonda relazione di cura. Il medico, e il chirurgo in particolare, dovrà essere regista del

*L'impegno della
Fondazione*

proprio percorso professionale per approfondire le proprie competenze non solo tecniche, ma anche non tecniche (governo del rischio clinico, comunicazione, ecc.), utilizzando al meglio gli strumenti del *Continuous Professional Development* attualmente disponibili e sfruttando le numerose opportunità presenti nella disponibilità formativa per migliorare le proprie conoscenze professionali.

FCC, con il fondamentale e convinto sostegno di ACOI negli ultimi anni, anche sulla base dei risultati della ricerca nazionale *La Settimana dell'Ascolto* su “*le opinioni dei pazienti sulla qualità del ricovero, il rapporto con i medici e l'informazione sull'intervento*” eseguita grazie alla fattiva disponibilità dei colleghi di oltre 230 U.O. di chirurgia, ha posto in essere un modello di Corso di Formazione (ECM) alla Comunicazione in chirurgia, sia in equipe che con il paziente, che si avvale di docenti esperti (chirurghi, psicologi, counsellor, infermieri, risk manager) e che organizza a richiesta delle singole Aziende Ospedaliere di tutta Italia. I Corsi sono indirizzati ai medici e gli infermieri di area chirurgica.

Al momento della stampa di questa nota è in fase avanzata il progetto, con il sostegno del risk management della Regione Lombardia e di alcune Facoltà di Medicina, di analoghi moduli formativi per gli specializzandi di Chirurgia.

Conclusioni

Il cambiamento è operazione difficoltosa e densa di preconcetti negativi sulla opportunità di una nuova cultura della relazione che, attualmente sembra essere ineludibile. L'invito ad essere proattivi sulla tematica è rivolto a tutti i colleghi chirurghi che vogliano aggiungere le qualità non tecniche alle già notevoli qualità tecniche affinché possano raggiungere quella professionalità complessa e a tutto campo che sempre più insistentemente ci viene richiesta.

I Corsi sono gratuiti (gli unici nel panorama dell'ECM relativa all'argomento), per tale motivo e perché FCC possa conti-

nuare a svolgere il suo ruolo chiediamo sostegno, sia con la destinazione del 5 x 1000, sia con anche minime donazioni (con tutti i benefici fiscali che la legge consente).

Maggiori informazioni sono disponibili su www.chirurgocittadino.it.

Sintesi dei lavori della sessione

Franco Lavalle

componente Gruppo di lavoro Fnomceo
“Centro Studi, Documentazione e Ricerca”

IL COMITATO CENTRALE della Fnomceo ha dato mandato al Centro Studi di affrontare il tema dell’accreditamento delle Società Medico Scientifiche. È stato creato un gruppo di lavoro composto da Andrea Gardini, Roberto Monaco, Guido Regis, Franco Vimercati e Franco Lavalle (coordinatore). I Contributi elaborati dal Gruppo sono stati discussi in plenaria dai Componenti del Centro Studi ed è stato approntato un documento conclusivo che sarà portato all’attenzione dello stesso Comitato Centrale.

L’accreditamento delle Società Scientifiche è un argomento sul quale, da anni, si è incentrato l’interesse della Federazione e, approfittando del lavoro fatto dalla FISM (Federazione Italiana Società Mediche) si è provato ad elaborare una ipotesi di percorso, anche in virtù del fatto che il Ministero della Salute ha espresso la volontà di affidare a Società Medico Scientifiche accreditate il ruolo di elaborare Linee Guida utili all’esercizio della professione. Lo scopo della FNOMCeO è

quello di proporsi come interlocutore del Ministero per attuare la procedura di tale accreditamento e, nel contempo, di stilare un elenco delle Società Mediche perché, da un censimento effettuato dalla Federazione, risulta che in Italia il loro numero è alto e le modalità associative sono variabili.

Sono strumenti necessari per l'accREDITAMENTO:

- la presenza di un Board dedicato, all'interno della Fnomceo;
- di una direzione operativa;
- di una procedura partecipata per la scelta dei criteri e degli standard di accREDITAMENTO;
- di una procedura per l'avvio della richiesta di accREDITAMENTO da parte delle Associazioni;
- di una procedura per la formazione dei visitatori per l'accREDITAMENTO che è frutto di una verifica fra pari.

La Federazione, prima di attivare la procedura definitiva di accREDITAMENTO per la quale si propone, dovrà verificare se il processo sarà impegnativo, oneroso e, perciò, insostenibile. In attesa che il procedimento sia messo a punto e quindi istituzionalizzato, sarebbe opportuno identificare un set di requisiti minimi per poter definire un'Associazione Medico Scientifica accREDITABILE. Resta prerequisito, la "credibilità" delle Associazioni la cui forza è dovuta alla indipendenza "scientifica" nei giudizi di validità dei trattamenti ed all'autonomia nei confronti dei portatori di interessi economici. In mancanza di tale requisito le Associazioni non saranno accREDITABILI o riceveranno la revoca del pregresso conferimento.

Sono requisiti fondamentali per l'accREDITAMENTO:

- presenza di Atto Costitutivo e di Statuto con indicazione della composizione associativa, delle finalità e della mission scientifica e culturale;
- indicazione, su un format predisposto dalla Fnomceo, della

*Gli strumenti
necessari per
procedere
all'accREDITAMENTO*

*I requisiti
fondamentali per
l'accREDITAMENTO*

sede nazionale legale con rappresentante legale, riferimenti di segreteria e loro contatti, sedi operative nazionale e regionali, indirizzi, sito web attivo;

- definizione degli Organi Statutari: Assemblea degli iscritti, Consiglio Direttivo, Collegio dei Probiviri, Collegio dei Revisori dei Conti, se previsto, Comitato Tecnico-Scientifico con presidente/direttore e modalità di funzionamento;
- criteri di associazione ed esclusione degli iscritti;
- diritti e doveri dei soci sotto forma di codice etico;
- dichiarazione nello Statuto di assenza di finalità di lucro e clausola di devoluzione della disponibilità di cassa e di beni, in caso di scioglimento della Società Scientifica, ad Organismi con uguale finalità;
- presenza di bilanci regolarmente approvati dai soci, elenco dei soci in regola, nel rispetto della privacy;
- se trattasi di Federazione, certificazione delle Società affiliate;
- rilevanza nazionale e territorialità, riportate nello Statuto e denominazione coerente con questo criterio; presenza di sezioni regionali, almeno la rappresentanza nel 50% delle Regioni e Province Autonome, con minimo 20 iscritti per Regione;
- sito web attivo, con pagine di interesse generale e per le sezioni regionali;
- le Associazioni possono essere generaliste o mono specialistiche, mono professionali o multi professionali.

È da valutare se possano essere accreditate le Società Scientifiche a componente professionale mista, o almeno quelle a prevalente percentuale medica.

Criticità e possibili sviluppi

Criticità: contrapposizione al ruolo della Federazione da parte di Società Medico Scientifiche non in grado di rispettare i criteri stabiliti per l'accREDITAMENTO; contrasto da parte di organi istituzionali non favorevoli al processo di accREDITA-

mento operato dalla Fnomceo; operazione di accreditamento economicamente onerosa e/o di difficile applicazione per la mole di lavoro.

Sviluppi: alle Società Medico Scientifiche accreditate si potrebbe chiedere:

- la formulazione di Linee Guida;
- la rivalidazione dei professionisti;
- la predisposizione di Corsi di Formazione Specialistica;
- il supporto tecnico per la Fnomceo su argomenti di pertinenza;
- altro.

Accreditamento Società Scientifiche in area odontoiatrica

Carmelo Pulella

coordinatore Commissione Affari Istituzionali CIC
(Coordinamento delle Società Scientifiche e Associazioni
Odontostomatologiche Italiane)

PARTIAMO DALLA PROPOSTA di riconoscimento delle Società Scientifiche da parte del Ministero della Salute avvenuto con il Decreto Sirchia nel 2004. L'allora Ministro volendo identificare la figura del provider ECM ideale individuò le SS come le naturali titolari della formazione post laurea. Sempre secondo il Decreto Sirchia, molti compiti di controllo e decisionali sulla identificazione delle SS mediche erano affidati alla FISM, che era ed è costituita da società prevalentemente mediche. La Corte Costituzionale ha annullato dopo due anni il decreto del Ministro della Salute accogliendo il ricorso della Provincia autonoma di Trento che aveva sollevato un conflitto di competenza, rinviando alle Regioni la gestione della materia. Di recente il Parlamento, con il decreto legge sul tema della responsabilità professionale del

personale sanitario, all'art. 3 comma 2 rievoca il coinvolgimento delle SS:

“per la preparazione di linee guida per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie”.

Precedentemente, il Ministro della salute e il presidente di Agenas si sono incontrati con rappresentanti della Fism per riattivare una collaborazione lasciata in sospeso per molti anni.

Oggi sono numerose le Associazioni che si autodefiniscono “scientifiche”, pertanto individuare quali siano quelle qualificate per poter collaborare con il Ministero della Salute potrebbe essere complesso.

Appare opportuno, quindi, definire quali siano le caratteristiche che debbano possedere e quali le funzioni da svolgere. Inoltre, va considerato che tra le varie specialità presenti nell'ambito delle professioni sanitarie, ci dovrà essere una discriminante che definisca quali siano le caratteristiche comuni per tutte le Società Scientifiche e quali siano le peculiarità che differenziano le Società Scientifiche di ciascuna professione.

Pertanto è nostra opinione, che andrebbero identificate le caratteristiche comuni che la singola Società Scientifica dovrà possedere:

- avere un sito, una sede legale, uno statuto ed un atto costitutivo pubblico con le caratteristiche della Società, definendo gli Organi Statutari come previsto per legge, con la indicazione della durata delle cariche, e che queste non siano remunerate;
- essere di rilevanza nazionale da almeno cinque anni, produrre attività di formazione residenziale e a distanza, di ricerca e/o di aggiornamento professionale con l'organizzazione di un Congresso nazionale all'anno e di corsi di formazione sul territorio nazionale;

*Le caratteristiche
necessarie per le
Società Scientifiche*

- che non abbia statutariamente fini sindacali;
- che i bilanci approvati siano pubblici e pubblicati sul sito societario;
- che non ci sia finalità di lucro e che siano previsti i revisori dei conti;
- che ci sia un codice etico a cui la Società e i soci fanno riferimento.

*Le caratteristiche
necessarie per le
Società Scientifiche
odontoiatriche*

Le caratteristiche di branca per le Società Scientifiche odontoiatriche potrebbero essere:

- un'offerta formativa scientificamente provata, perché prodotta da relatori affiliati e certificati dalle Società Scientifiche stesse;
- essere coinvolti nella produzione di protocolli e/o attività di prevenzione per la popolazione;
- di consentire l'accesso alle cariche sociali a quei soci che hanno diritto al voto;
- di poter essere a componente societaria mista, odontoiatra-odontotecnico-igienista;
- di poter essere di natura interdisciplinare e interprofessionale

Su questo tema certamente l'istituzione di un tavolo di lavoro specifico potrebbe essere strategico per considerare i numerosi aspetti del problema, con il contributo di tutte le componenti coinvolte. La Federazione Nazionale Fnomceo dovrebbe farsi carico della raccolta delle domande di iscrizione, della verifica dei requisiti, potrà porre delle prescrizioni, e successivamente procederà all'iscrizione in un apposito albo pubblico.

Dovrà essere istituito un organo di verifica che, con cadenza triennale, confermerà o meno l'iscrizione all'albo e avrà la possibilità di rivedere i requisiti di inclusione all'albo delle Società Scientifiche. Nel caso di perdita dei requisiti, la società verrà cancellata dall'albo delle Società Scientifiche entro un termine da definire.