

48^o CONGRESSO NAZIONALE

LA MEDICINA SPECIALISTICA VERSO LA COMMUNITY CARE

Relazione

Bologna - Savoia Hotel Regency

27/31 ottobre 2015



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

Indice

- 3 | **Saluti**
Dalla sanità territoriale alla *Community Care*
- 4 | **Gli specialisti ambulatoriali nella rete della *Community Care***
Il lavoro del Sumai in questo anno
- 5 | **Le premesse del cambiamento: le innovazioni normative**
I capisaldi del rinnovo dell'Acn
- 7 | ***Community Care*: la ricerca di Ca' Foscari**
- 9 | **Manager per la *Community Care***
La medicina specialistica si mette in gioco
- 10 | **Le istituzioni mediche si mettono in gioco**
- 11 | **Conclusioni**

LA MEDICINA SPECIALISTICA VERSO LA COMMUNITY CARE

Saluti

Un benvenuto a tutti i presenti, colleghe e colleghi, autorità e ospiti, e un particolare ringraziamento al Sumai di Bologna che ci ha consentito di organizzare il nostro 48° Congresso Nazionale, dedicato al presente e al futuro della medicina, in questa città che vanta una delle Università di medicina più antiche d'Europa.

Dalla sanità territoriale alla *Community Care*

Sono anni ormai che, come Sumai Assoprof, indichiamo la necessità di operare un forte cambiamento nel nostro sistema sanitario, investendo e sviluppando sempre più la sanità territoriale. Oggi questa è diventata una inderogabile necessità, non una ipotesi astratta.

Solo andando in questa direzione, infatti, il sistema sanitario potrà essere in grado di reggere davanti agli epocali cambiamenti che sono in atto: dal progressivo invecchiamento della popolazione, con il correlato aumento delle cronicità, alla progressiva riduzione delle risorse finanziarie disponibili a causa dell'attuale crisi economica, che incide in modo importante sia sul finanziamento pubblico sia sui "consumi" sanitari privati, senza dimenticare la diffusione dei sistemi telematici che hanno dato, sì, nuovi strumenti ai professionisti ma anche nuovi canali di informazione, non sempre "neutrale e corretta", ai cittadini.

Che non si possa più rispondere alla domanda di salute essenzialmente attraverso le strutture di ricovero è, a questo punto, evidente. Ma ormai è chiaro anche qualcosa in più: non è sufficiente solo spostare sul territorio i servizi, ma occorre anche operare un cambio di paradigma che costruisca una vera *Community Care*, come indichiamo nel tema del nostro congresso. Una *Community Care* che esprima il concetto di co-

munità come rete di relazioni sociali significative, un sistema complesso cui concorrono i professionisti della sanità in team, l'intera realtà locale amministrativa e sanitaria e gli stessi pazienti in una logica di co-gestione della propria condizione di salute. Una rete di servizi, diffusi sul territorio, capace di prendere in carico i pazienti lì dove essi vivono, in condizioni di prossimità e di continuità. Una *Community Care* in cui uno dei principali settori di cura è rappresentato dalle cure primarie. Istituzioni politiche e scientifiche hanno indicato da tempo la centralità dell'assistenza primaria nell'ambito del sistema sanitario ed ancora recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha richiamato l'attenzione dei diversi Paesi sulla necessità di operare in questa direzione. Nonostante questo, però, come evidenza anche il rapporto HEN (Health Evidence Network), malgrado sia notevolmente cresciuta l'importanza delle cure primarie, ancora oggi l'allocatione delle risorse è nettamente a favore delle cure ospedaliere. È evidente come questa situazione sia conflittuale rispetto ad una realtà epidemiologica caratterizzata dalla prevalenza sul territorio delle malattie croniche. Nel suddetto rapporto HEN si sottolinea che tale inefficienza allocativa potrebbe spiegare perché, a fronte di una spesa sanitaria crescente, l'equità, l'accesso e la risposta ai bisogni sanitari non siano cresciute in modo proporzionale, indicando come soluzione la necessità di un nuovo approccio attraverso il quale le cure primarie devono essere considerate fondamentali per realizzare guadagni di salute e contenimento della spesa.

Per equilibrare il sistema, quindi, occorre necessariamente modificare il paradigma su cui finora si è basata la medicina, anche quella territoriale: il tradizionale paradigma dell'attesa (tipico delle malattie acute) deve essere cambiato in favore del paradigma dell'iniziativa e della proattività.

Applicare alle malattie croniche il paradigma assistenziale delle malattie acute provoca costi e danni incalcolabili al Ssn: infatti, mobilitandosi solo quando il paziente cronico si aggrava e si scompensa – diventando nuovamente un pa-

ziente acuto – il sistema di fatto rinuncia alla possibilità di prevenzione, di rimozione dei fattori di rischio, di predisposizione di adeguati trattamenti per la malattia cronica di base. Il paradigma dell'iniziativa, al contrario, è quello che più si adatta alla gestione di malattie croniche perché i suoi attributi sono la valutazione dei bisogni della comunità, l'attenzione ai determinanti della salute, la prevenzione, l'utilizzo dei dati epidemiologici, le attività assistenziali programmate, l'interazione con le risorse della comunità. Ed è importante, in tale contesto, la partnership tra paziente e operatori sanitari, quale elemento essenziale per un trattamento efficace, poiché offre l'opportunità di responsabilizzare il paziente ad assumere un ruolo attivo nella gestione della propria salute.

Gli specialisti ambulatoriali nella rete della *Community Care*

Il concetto di cure primarie, come quello di *Community Care*, si presta ad una duplice interpretazione, ruotando attorno a due diversi assi di integrazione: una dimensione verticale (piramidale), nella quale strutture e professionisti (dal mmg, allo specialista territoriale e all'ospedale) intervengono su differenti livelli di cura, attraverso i quali il paziente è costretto a muoversi, spesso con gravi difficoltà, per poter ottenere prestazioni, diagnosi e terapia, e una dimensione orizzontale, nella quale si realizzano forme di cooperazione/specializzazione tra strutture e professionisti posti sullo stesso livello di cura, dove è la rete che di volta in volta si fa carico dei bisogni individuali del paziente e collettivi di un determinato territorio.

L'obiettivo delle cure primarie nella *Community Care* non è più la tradizionale funzione di filtro, bensì la capacità di integrazione tra cure primarie e cure secondarie: si opera così un'epocale svolta qualitativa, nella quale viene facilitata e implementata l'integrazione dell'assistenza verticale (gestione di specifiche malattie dell'assistenza primaria e terziaria) e di quella orizzontale (integrazione dell'assistenza vicino ai bisogni

dell'individuo e strategia che dà priorità ai bisogni più ampi della comunità e della popolazione). È in questa rete che gli specialisti territoriali, nella loro specificità, rappresentano un punto di riferimento ben preciso, essendo capaci di offrire, già da oggi, tutte le competenze specialistiche indispensabili in una dimensione articolata, con le nuove modalità organizzative che possono modularsi sulle diverse necessità locali.

Il lavoro del Sumai in questo anno

Il nostro obiettivo in questi mesi è stato quello di costruire le condizioni per poter rendere concreto questo nuovo paradigma, definendo gli strumenti pratici per la sua realizzazione ed elaborando un quadro dettagliato della realtà attuale, indispensabile per affrontare un cambiamento tanto importante. Così, da una parte abbiamo posto in campo importanti studi di settore, in collaborazione con l'Università Ca' Foscari, e dall'altro abbiamo lavorato al rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, che da oggi fornisce ulteriori strumenti operativi fondamentali per la categoria e per la rete dei servizi territoriali. È stata una trattativa estenuante, dura e difficile, con momenti di aspro confronto che avrebbero potuto portare anche alla rottura del tavolo, ma che ha visto prevalere il buon senso e la volontà delle parti di condividere soluzioni finalizzate a migliorare l'organizzazione della specialistica ambulatoriale in ragione delle nuove esigenze dell'assistenza.

È stata una trattativa difficile in quanto priva di risorse, quindi quasi impossibile se non si fossero trovati nodi politici importanti da condividere. Una trattativa che alla fine comunque si è conclusa in modo soddisfacente tanto per la parte sindacale, quanto per la parte pubblica, Ministero della Salute e Regioni, e che a nostro avviso ha ulteriormente rafforzato l'incardinamento della specialistica ambulatoriale convenzionata a diretta gestione nella struttura organizzativa aziendale, come elemento centrale ed essenziale se si vuole rendere sempre più efficiente e funzio-

nale la medicina del territorio, passando dalle parole ai fatti nell'interesse di una popolazione sempre più lontana dalle cure per motivi economici e non solo.

Il restyling compiuto con il nuovo ACN è stato importante e andrà approfondito nel tempo. Ha interessato numerosi punti tra cui l'organizzazione del lavoro, le modalità di conferimento degli incarichi e i criteri di rappresentatività sindacale che vedono l'istituzione di un nuovo ben definito livello sindacale in ambito aziendale.

Il positivo risultato della trattativa è figlio anche della lunga collaborazione voluta dal Sumai Assoprof con l'Università Ca' Foscari di Venezia, che ha prodotto come esito finale uno studio che ci ha consentito di conoscere al meglio la realtà, anche europea, delle cure territoriali e che ha messo in evidenza come il nostro paese sia già pronto al cambiamento in quanto la specialistica territoriale è già presente da oltre 50 anni con il suo imponente bagaglio di esperienza e conoscenza.

Le premesse del cambiamento: le innovazioni normative

A livello di sistema normativo, un primo segnale di esplicito cambiamento si è avuto con il decreto Balduzzi, poi convertito nella legge 189/2012. Quella norma pone al centro del sistema di sanità territoriale UCCP e AFT, ovvero proprio quelle forme di lavoro in squadra tra professionisti su cui si fonda la *Community Care*. E questo cambiamento è stato poi registrato anche nel Patto per la Salute 2014-2016, siglato tra Governo e Regioni lo scorso anno.

Purtroppo queste norme si sono inserite in un difficilissimo quadro economico, oltre che in un quadro ancora incerto nella suddivisione dei compiti tra livello nazionale e regionale. Il risultato è stato che le realizzazioni sono avvenute in maniera disomogenea nelle diverse Regioni, con importanti sperimentazioni, ma anche con scelte discutibili, che, ad esempio, confondono il lavoro di squadra multi professionale con uno slitta-

mento di compiti verso profili professionali non corrispondenti alla necessità, ma meno "costosi". D'altra parte, anche la ministra Beatrice Lorenzin sembrava aver ben compreso la situazione e la necessità di reperire risorse per realizzare il cambiamento: "La riforma delle cure primarie non si può fare a costo zero – diceva Lorenzin in un'intervista dello scorso anno pubblicata sul nostro *Medical Network* – e infatti essa rientra tra quei settori dove investire le risorse derivanti dalla spending review interna". Oggi la situazione è cambiata: le risorse non sono più quelle inizialmente garantite alle Regioni e provvedimenti, come quello sull'appropriatezza, ancorché condivisibili dal punto di vista degli obiettivi, non solo non sembrano essere in grado di risolvere i problemi economici ma anzi rischiano di scaricare sui medici le criticità del sistema, aumentando il disagio professionale già messo a dura prova.

Voglio sperare, comunque, che con il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, gli enunciati della legge cominceranno a tradursi in concreto, al di là di quanto si era già sperimentato a livello regionale e locale.

I capisaldi del rinnovo dell'Acn

L'ho detto prima: rinnovare l'ACN è stato un lavoro lungo e duro. Ma ne è valsa la pena, perché il risultato è importante. Un dialogo ininterrotto con la Sisac, e quindi con tutti i rappresentanti della parte pubblica, Ministero e Regioni, che ci ha permesso di raggiungere un accordo che definisce maggiormente la rete organizzativa del territorio e indica in modo chiaro il ruolo in questa rete della specialistica ambulatoriale convenzionata.

Aver introdotto un criterio, ben definito e uniforme in ambito nazionale, che prevede un periodo di prova di sei mesi ai fini dell'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato, credo che rappresenti un salto di qualità e di crescita per tutti. Per i sindacati, e in particolar modo per il nostro sindacato, il Sumai, che ha intrapreso questa strada da oltre venti anni e che per lunghissimo tempo,

quando il cielo era coperto da nubi e l'orizzonte profondamente oscuro, l'ha percorsa da solo, è motivo di grande orgoglio, perché rappresenta il raggiungimento di uno dei principali obiettivi politici che questa dirigenza si era prefissi. Obiettivo politico che ci spinse allora, quando eravamo più giovani e molto arrabbiati, a fare quella rivoluzione che produsse profondi cambiamenti all'interno del nostro sindacato che ci hanno poi portato, giorno dopo giorno, mattone dopo mattone, a modificare l'attività della specialistica, trasformandola da attività di sola consulenza in uno dei punti cui fa riferimento il cittadino per le sue complesse esigenze di natura assistenziale. Tutto ciò non è accaduto perché l'hanno voluto alcuni di noi, ma perché l'abbiamo voluto tutti noi. Noi che abbiamo creduto nella validità del nostro rapporto di lavoro per la sua capacità di adattarsi alle diverse necessità assistenziali in ragione del territorio ove queste sono richieste e, quindi, per la sua indubbia utilità all'interno del sistema. Noi che abbiamo fatto squadra sostenendo con i fatti le nostre tesi nelle diverse realtà regionali.

In ogni caso, come ho detto prima, credo che questa innovazione rappresenti un salto di qualità e di crescita per tutti, e quindi anche per Stato e Regioni che da tempo parlano di riforma del lavoro e di lotta al precariato quali strumenti per il rilancio del sistema paese. In tal senso, questo importante passaggio costituisce un segnale importante nei confronti dei giovani. Un passaggio che indubbiamente rende più solida la rete e più efficace il percorso di presa in carico dei pazienti, in particolare degli anziani e dei malati cronici. Nella stessa direzione va anche la norma che mira a ricondurre le prestazioni degli specialisti convenzionati in una sola Azienda sanitaria, con evidenti vantaggi per i nostri colleghi, costretti oggi a confrontarsi ogni giorno con le crescenti difficoltà della viabilità, ma anche per i servizi e dunque per i cittadini, perché è indubbio che quanto più ampio è il rapporto di lavoro con un'Azienda, tanto maggiore è lo stato di fidelizzazione con la stessa.

E non posso non menzionare l'ulteriore norma

che favorisce l'incremento orario fino al raggiungimento delle 38 ore di incarico settimanale, tra l'altro consentendo la possibilità di lavorare in Regioni diverse anche se non con carattere di priorità.

Un Accordo, quindi, che pensa ai più giovani e ai meno giovani, a coloro che devono entrare nel mondo del lavoro e a coloro che, ancorché inseriti, non hanno una situazione soddisfacente dal punto di vista dell'impegno orario o troppo frammentata su diverse aziende. Tutto ciò però senza minimamente incidere su una delle principali caratteristiche del nostro rapporto: la capacità di portare ore di assistenza specialistica in ragione delle diverse esigenze, sia che esse attingano alle realtà montane, insulari o ai grossi centri urbani.

Quando l'attuale dirigenza assunse la responsabilità di questo sindacato, molti ritenevano che fossimo una categoria "ad esaurimento". Oggi il panorama è completamente cambiato: la sanità del futuro sarà sempre più una sanità che si declina sul territorio, per orientare i cittadini alla salute e prendere in carico coloro che soffrono di malattie croniche e dell'invecchiamento. In questa sanità il ruolo della specialistica ambulatoriale convenzionata interna è essenziale, proprio perché, in ragione delle peculiarità del proprio rapporto giuridico, garantisce prestazioni specialistiche di alta qualità, in condizioni di prossimità all'utente, sviluppando dunque servizi efficienti ed economicamente sostenibili, perché non si può e non si deve mai dimenticare che la sostenibilità dell'intero Ssn resta la sfida più difficile da affrontare.

Lasciatemi inserire in questo contesto una nota dolente. Il nostro sindacato rappresenta, come sapete, non solo i medici, ma anche biologi, chimici, psicologi e veterinari convenzionati con il Ssn. Nella trattativa per la componente veterinaria, purtroppo, abbiamo incontrato grandi difficoltà, maggiori che per le altre categorie. Ciò perché, ricordando che si è trattato di un rinnovo a isorisorse, non abbiamo avuto la possibilità di intervenire su alcuni aspetti normativi, con con-

nessi riflessi economici, particolarmente importanti per loro, ultimi entrati nella nostra convenzione, in quanto provenienti da un rapporto di lavoro costellato di contratti anomali e caratterizzati da diversità eclatanti anche tra ASL della stessa Regione. In tale contesto è stato particolarmente grave dover prendere coscienza che non si sia riusciti a concentrare l'unitarietà sindacale sugli aspetti positivi del rinnovo, quelli di cui ho già precedentemente parlato, e che riguardano l'intera area e forse un po' più quelle professionalità, tra cui gli amici veterinari, che hanno un monte ore regionale e aziendale meno consistente. Ad esempio, si sarebbe dovuto spiegare cosa è cambiato per i colleghi che sino ad oggi si sono visti scavalcare da altri provenienti da diverse Province o Regioni in base ad interpretazioni della norma, diciamo talora bizzarre, vedendo in tal modo sfumare quelle possibilità di crescita giustamente ritenute un diritto. Ciò non potrà più accadere. Diversamente, qualcuno sta cavalcando alcuni articoli, non mi sembra nell'interesse della categoria, con l'intento di accendere gli animi sostenendo che sono stati modificati in peggio. Ciò non corrisponde assolutamente al vero. Nulla è cambiato, se non la loro trasposizione all'interno dell'articolato. L'interpretazione di tali articoli è sempre stata disomogenea, a macchia di leopardo, e noi, senza eccezioni, sosteneremo, domani come ieri, la tesi che riteniamo più corretta nel rispetto della eguaglianza dei diritti, e non solo dei doveri, fra tutti i professionisti che fanno parte del nostro accordo. Inoltre, per i medici veterinari, come per tutte le altre figure professionali, chiederemo di definire sempre meglio le funzioni all'interno del sistema pubblico, funzioni che non possono, proprio perché diretta espressione dalla specifica formazione professionale, che essere le stesse per tutti, indipendentemente dalla natura del rapporto di lavoro. Forse non tutti la pensano così, ma noi ne siamo convinti e porteremo all'attenzione del prossimo tavolo contrattuale questo ed altri punti che vanno nel verso di una sempre maggiore integrazione e coesione non solo tra diverse figure professionali, punto di snodo irrinunciabile all'interno di una

Community Care, ma anche tra professionisti differenti tra loro unicamente per la natura del rapporto giuridico. Integrazione che in altri paesi, diversamente dal nostro, è già in atto da lungo tempo nell'interesse della funzionalità, dell'efficienza e quindi dell'economia del sistema. L'evoluzione dello stesso è rapidissima e se non si porranno in atto per tempo gli strumenti più idonei al cambiamento, i nostri cittadini si troveranno a dover affrontare difficoltà crescenti, maggiori di quelle che già oggi devono affrontare per una tardiva riforma del sistema di cure ospedale-territorio.

Community Care: la ricerca di Ca' Foscari

Mentre lavoravamo al rinnovo dell'ACN ci siamo impegnati anche per sviluppare in modo autorevole la conoscenza del settore sanitario in cui operiamo.

Come già anticipato lo scorso anno avevamo avviato una collaborazione con l'Università Ca' Foscari e con il gruppo di lavoro guidato dal professor Giovanni Bertin, realizzando uno studio che fotografava la realtà della medicina specialistica ambulatoriale in Italia, le condizioni di lavoro, le aspettative e le criticità messe in luce dai medici impegnati in questo settore.

Quest'anno abbiamo voluto fare un ulteriore passo avanti e, grazie allo stesso gruppo di lavoro, abbiamo realizzato uno studio approfondito su come la medicina specialistica si possa inserire nella *Community Care*, analizzando la realtà italiana, nelle sue criticità e nelle sue articolazioni regionali, e i modelli organizzativi utilizzati in altri paesi dell'area europea.

Un'analisi che poniamo alla base del nostro Congresso, perché ci offre approfonditi strumenti di conoscenza scientifica dai quali la nostra attività sindacale può trarre forza e concretezza.

La ricerca mette in luce molte attuali criticità. Io mi limiterò a pochi elementi, che ritengo essenziali. Il primo riguarda i colleghi che ancora oggi inizialmente svolgono la loro attività con rapporto a tempo determinato e, spesso, con at-

tività suddivisa in diverse aziende. È una condizione che chiaramente riguarda soprattutto i più giovani tra di noi ed in misura maggiore le donne e le Regioni del Centro Sud. Questo rende difficile il loro lavoro e impedisce un pieno inserimento nelle attività e nei servizi, e conseguentemente anche una piena presa in carico dei pazienti, in particolare dei pazienti cronici e anziani. Eppure, come mostra la stessa ricerca, questi colleghi sono egualmente motivati ed hanno scelto di lavorare nel servizio pubblico nonostante le iniziali condizioni di instabilità. Non deve però stupire che mentre gli specialisti ambulatoriali più anziani, pienamente inseriti nel sistema, esprimono un alto grado di soddisfazione per la propria scelta professionale, tra i giovani sotto i 40 anni sia evidente una crescente insoddisfazione.

È un segnale molto pericoloso, che dovrebbe allarmare non solo noi, ma soprattutto gli amministratori pubblici. Se occorre rafforzare la sanità territoriale, se la specialistica territoriale rappresenta uno dei punti nodali di questa riorganizzazione, come possiamo permettere che i colleghi più giovani siano tenuti ai margini di questo cambiamento? Al contrario, essi devono costituire il perno del sistema. Ma per ottenere questo devono essere coinvolti e integrati in modo completo.

Altra grande criticità che dovrebbe far riflettere gli amministratori pubblici è che oltre il 50% della categoria ha più di 55 anni e solo l'8% è al di sotto dei 40. In mancanza di un regolare turnover il rischio è che si creino, soprattutto in alcune Regioni, dei vuoti in corrispondenza del punto più alto della curva dei pensionamenti. Inoltre, le condizioni di non piena stabilizzazione contrattuale in cui si trovano oggi parte dei colleghi più giovani impediscono quella naturale trasmissione da parte dei più anziani ed esperti del sapere, cosa che si dovrebbe realizzare in ogni comunità professionale, in quanto rappresenta un'insostituibile ricchezza che viceversa va inesorabilmente perduta a discapito di tutta la comunità.

È per questo che sottolineo ancora che il nuovo criterio di attribuzione degli incarichi rappresenta un importante segnale politico nei confronti dei giovani che si avvicinano al mondo del lavoro, contribuendo a dare una risposta positiva a queste criticità e dando loro, quindi, nuovo respiro e maggiore fiducia ovvero, per dirla in parole semplici, motivandoli e fidelizzandoli con un indiscutibile conseguente aumento di efficienza dei servizi.

La ricerca dell'Università Ca' Foscari mette in evidenza, inoltre, come la specialistica ambulatoriale territoriale sia una ricchezza strategica del sistema sanitario italiano. In altri paesi europei, infatti, che stanno affrontando i nostri stessi problemi e che dunque stanno cercando di rafforzare i servizi sanitari sul territorio, la mancanza di questo specifico profilo di attività sta creando non poche difficoltà. In Gran Bretagna e in Spagna la medicina specialistica ha una dimensione essenzialmente ospedaliera, mentre in Francia e in Germania si articola attraverso il sistema delle mutue, con una sostanziale separazione rispetto all'assistenza primaria. È evidente che in entrambi i modelli, creare una presa in carico a livello territoriale in assenza di uno specifico anello in tale ambito, non è e non sarà cosa semplice.

Il sistema italiano ha invece al suo interno, ed in tutte le Regioni, questo tipo di figura professionale con competenza ormai ultra cinquantennale del territorio che gli consente di programmare forme di assistenza integrata in tale ambito. Eppure, ancora oggi, questa risorsa non è sfruttata al meglio. Le ragioni sono molte, ma una, sempre messa in luce dalla nostra ricerca, è essenziale: solo in un caso su tre gli specialisti ambulatoriali hanno contatti e scambio continuo di informazioni con il medico di medicina generale e il pediatra di famiglia! Una difficoltà di comunicazione che deve assolutamente essere superata, a tutto vantaggio dei pazienti, un'opportunità che le nuove forme organizzative previste dal Patto della Salute e normate dal nuovo ACN (AFT e UCCP), se applicate, potranno agevolare.

Manager per la *Community Care*

Lavorare per costruire un sistema di *Community Care* vuol dire anche assumere responsabilità organizzative nel lavoro in team, nelle AFT o nelle UCCP. Proprio per questo, sempre in collaborazione con l'Università Ca' Foscari di Venezia, allargata ad altre quattro primarie Università Italiane – Alma Mater di Bologna, l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, l'Università Aldo Moro di Bari e l'Università della Magna Grecia di Catanzaro – e con la supervisione dell'Agenas, abbiamo progettato ed avviato un Corso di Alta Formazione Universitaria rivolto ai medici specialisti e agli altri professionisti della sanità territoriale. Management, governance, modelli organizzativi regionali, lavoro in team, presa in carico del paziente cronico, e-health e nuovi sistemi informativi sono gli argomenti sviluppati ed approfonditi nelle lezioni. Il primo ciclo di questo progetto si è concluso il 25 settembre scorso con un Seminario dal titolo *Riorganizzazione delle cure primarie e prospettive dei ruoli professionali*, organizzato a Venezia dalle Università sopra citate, con il patrocinio del Sumai Assoprof.

In quella occasione sono stati anche consegnati i primi 120 diplomi ai colleghi e alle colleghe che, partecipando, hanno potuto implementare le loro conoscenze e potranno quindi intervenire con maggiore preparazione ed efficacia nelle nuove realtà organizzative del SSN e della *Community Care*.

Per l'anno a venire stiamo già preparando una nuova edizione del Corso, ma, per corrispondere sempre meglio al cambiamento, stiamo anche mettendo in cantiere un Master di secondo livello per approfondire ancora di più i diversi temi.

La medicina specialistica si mette in gioco

In sostanza, nei mesi e negli anni trascorsi in attesa di rinnovare l'ACN, abbiamo deciso di rilanciare, di giocare in attacco, nella convinzione che la medicina specialistica territoriale sia cen-

trale per lo sviluppo di un moderno sistema sanitario. Lo abbiamo fatto approfondendo le nostre conoscenze e sperimentando soluzioni innovative a livello locale, lì dove si rendeva possibile un'interlocuzione positiva con le istituzioni sanitarie e con i governi locali.

Il punto di partenza è stato analizzare su quali direttrici si muova il cambiamento in atto verso un sistema di *Community Care*, per comprendere quale ruolo possa svolgerci la specialistica. Come ha evidenziato ampiamente lo studio elaborato da Ca' Foscari, in Italia, nonostante le differenze esistenti tra sistemi regionali, il cambiamento in atto nella medicina territoriale si muove essenzialmente su cinque linee di intervento: rafforzamento dei servizi territoriali, comprese la residenzialità a bassa intensità e la domiciliarità; creazione di modelli integrati per l'assistenza alla cronicità; coinvolgimento del paziente e dei familiari, con lo sviluppo dell'empowerment e di percorsi di co-gestione delle patologie; utilizzo delle nuove tecnologie; sviluppo di sistemi informativi per il governo, anche economico, del sistema.

Bene, su ciascuno di questi aspetti, Sumai Assoprof e Sifop hanno già sviluppato importanti e significative ricerche sull'attività specialistica territoriale che saranno preziose per realizzare interventi efficaci nei mesi a venire, con l'entrata in vigore del nuovo ACN.

Un esempio significativo delle potenzialità della specialistica territoriale riguarda l'odontoiatria pubblica che per il 70% è garantita da specialisti ambulatoriali, ma che purtroppo solo per il 5% si volge in strutture del Ssn. Diversamente, in una dimensione di salute globale, anche riferita all'attuale situazione economica del paese e delle famiglie e all'invecchiamento della popolazione, è sempre più evidente quanto sarebbe importante rafforzare la tutela della salute orale. Comunque, nonostante la scarsa copertura da parte del sistema pubblico, la specialistica territoriale riesce a dare risposte importanti e innovative. Penso al progetto realizzato a Bergamo, rivolto alla popolazione disabile e sviluppato in-

tegrando prevenzione primaria e secondaria. Un esempio virtuoso di integrazione tra ospedale e territorio, ma anche di prevenzione e di sviluppo di una co-gestione della propria salute da parte di pazienti e famiglie. I risultati sono importanti perché, dopo il primo intervento, circa l'80% dei pazienti riesce a mantenere, grazie alle indicazioni e a semplici controlli, una condizione di salute orale soddisfacente che abbatte notevolmente la necessità di ulteriori cure.

Altro esempio che posso portare è l'attivazione, a Roma, del progetto *GiraffPlus*, finanziato dalla Comunità Europea in collaborazione con il CNR e coordinato da specialisti ambulatoriali. Il progetto, premiato dalla Comunità stessa come migliore progetto dell'anno 2014, utilizza dei robot, con funzioni salvavita, e installati presso l'abitazione di tre anziani che vivono soli. Guidato da speciali sensori, posti in punti strategici della casa in ragione delle abitudini individuali, il robot monitorizza costantemente l'anziano e in caso di emergenza gli dà la possibilità di attivare un allarme collegato con una équipe di sanitari che, attraverso un sistema audio/video, possono rendersi conto di quale sia la situazione ed intervenire quindi con la rapidità necessaria. Utilizzando questa tecnologia è possibile, inoltre, avere a distanza gli esiti di ECG e altre analisi e, allo stesso momento, anche i familiari, ancorché lontani, possono collegarsi con il congiunto ed assisterlo per il tempo necessario.

Nel Veneto è stata invece creata una Breast Unit (dalla diagnosi alla terapia chirurgica della mammella) gestita completamente sul territorio da specialisti ambulatoriali ed integrata con l'ospedale.

Esempi importanti, e ancora tantissimi se ne potrebbero fare, di come, qualora messi in condizione di operare al meglio, gli specialisti territoriali possono realizzare interventi innovativi, con risultati decisamente importanti dal punto di vista dell'efficienza e dell'efficacia, combinando nel giusto modo appropriatezza, qualità e sostenibilità.

Le istituzioni mediche si mettono in gioco

Se parliamo di un cambiamento di paradigma in sanità, non possiamo certo pensare di affrontarlo esclusivamente in una dimensione sindacale o di categoria. L'importanza delle istituzioni mediche è quindi strategica più che mai.

Parlo ovviamente in primo luogo della realtà ordinistica, che ha concluso in primavera il percorso per il rinnovo dei suoi vertici, insediando Roberta Chersevani alla guida della Federazione. La prima donna alla guida della Fnomceo ha davanti un compito molto arduo, quello di rafforzare l'autorevolezza di una professione minacciata da molte insidie: la crescita di un contenzioso legale che porta a sviluppare una costosa "medicina difensiva"; le difficoltà nel rapporto tra formazione, programmazione e attività professionale; la versione malintesa del lavoro in équipe che annulla le differenze tra i profili professionali invece di esaltarne le specificità. Dobbiamo tener ben presente che il modo di fare sanità deve adeguarsi in modo dinamico ai continui cambiamenti delle necessità assistenziali. La salute sarà sempre più il punto di arrivo di un lavoro di squadra dove "tutti" gli attori del sistema, ognuno per le proprie competenze, dovranno svolgere un ruolo di primo piano. Noi siamo convinti che, se veramente si vuole puntare ad un'assistenza integrata, la politica dovrà impegnarsi a promulgare leggi che facciano chiarezza e non confusione, che tutelino diritti dei cittadini e responsabilità e ruolo dei professionisti, che chiariscano punti nodali per la professione, quali responsabilità civile e penale, RC professionale, modalità reali per la valutazione del danno, extracontrattualità del rapporto, criteri di appropriatezza organizzativa. E proprio le criticità in ambito organizzativo, ovvero la mancata appropriatezza organizzativa, sono quasi sempre all'origine dei mali della sanità e la stessa, tanto richiamata in appropriatezza prescrittiva ne è spesso figlia.

Di carne al fuoco mi sembra ce ne sia molta, e dunque credo che la nuova dirigenza Fnomceo dovrà impegnarsi a fondo per affrontare a tutto

campo le numerose criticità, da un lato puntando al dialogo con tutti gli attori del mondo sanitario, a cominciare dal Parlamento e dal Ministero della Salute, con la partecipazione di tutte le anime del mondo medico, ma dall'altro mostrando che il tempo dell'attesa è finito e che, non più frammentati ma uniti, abbiamo deciso che non possiamo più accettare di non essere ascoltati, non possiamo più accettare di essere la valvola di sfogo di un sistema, giustamente vincolato all'economia ma che sta perdendo ogni rispetto per il lavoro di tutti, e sottolineo tutti, gli operatori che insistono nel mondo della sanità. Deve essere chiesto un intervento autorevole alla Politica, quella con la P maiuscola, un intervento che risolva e non esasperi conflittualità inutili, prive di reali contenuti e gravemente lesive degli interessi dei cittadini e di tutti i professionisti.

Venendo all'altra istituzione del mondo medico, l'Enpam, potrei dire tante, tantissime cose, ma preferisco soffermarmi solo su alcuni aspetti. Il quinquennio trascorso ci ha visti impegnati in un profondo lavoro di riforme. Modifiche e diversificazione degli investimenti, revisione dei regolamenti previdenziali, nuovo Statuto: tutti gli aspetti essenziali della vita dell'Ente sono stati riorganizzati in una logica di chiarezza e di sicurezza per il futuro, in modo da poter rispondere al meglio alle richieste degli iscritti e anche alle crescenti pretese del "controllore" pubblico. Riforme che hanno guardato con particolare attenzione ai problemi dei giovani. Il risultato è un ente di previdenza solido, sempre più rivolto a rafforzare la catena generazionale che lega i giovani e gli anziani in una prospettiva comune. Un Ente rinnovato nei suoi organi statutari che vede una maggiore rappresentatività dei contribuenti e un CDA più snello e tutto composto da medici alla cui guida è stato confermato Alberto Oliveti, che ha presentato un programma molto rivolto al futuro che prevede investimenti sulla professione e un forte impulso all'assistenza.

Conclusioni

Voglio concludere questo mio intervento affermando con orgoglio e emozione che questo anno, l'anno 2015, rappresenta una importante pietra miliare per la nostra categoria. Pietra miliare che deve costituire per noi e per la futura dirigenza del Sumai il punto di partenza per nuove imprese sindacali, finalizzate a rendere il nostro rapporto di lavoro e il nostro Accordo sempre più dinamico in funzione dei continui cambiamenti che la sanità sta affrontando e sempre più dovrà affrontare nel tempo. Un punto di partenza per cercare di vincere la grande sfida che tutti – istituzioni, sindacati e cittadini – dovranno affrontare negli anni a venire per combattere il male del secolo, la cronicità, un male che si può vincere solo sul territorio e solo affrontandolo con un grande lavoro d'équipe, dando assistenza in modo duttile e dinamico.

Poche parole per concludere questa importante giornata. Abbiamo realizzato un progetto. Un progetto iniziato oltre venti anni fa, un progetto nel quale abbiamo tutti fortemente creduto perché convinti di quanto concrete e corrette fossero le tesi da noi sostenute, non tanto nel nostro interesse, quanto nell'interesse dei giovani, di quei giovani a favore dei quali molti, spesso troppi, parlano senza poi tradurre le parole in fatti. Noi abbiamo saputo e voluto mediare tra gli interessi di chi già ha e di chi ancora non ha un futuro: i giovani appunto, i precari. Un risultato che deve diventare l'emblema di questo nostro 48° Congresso. Congresso che chiedo a tutti voi di dedicare ai grandi assenti. A chi dopo aver giocato la parte più dura della partita, senza mai essersi tirato indietro, ha dovuto, non per sua scelta, lasciare il campo poco prima che l'arbitro fischiasse la fine. A chi non può essere oggi, in questo importante momento, qui, con noi. A due preziosi e indimenticabili amici: Salvatore Vatrella e Eliseo Barcaioli.



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

■ **Comitato Organizzatore**

Dott. Pietro Procopio
(Presidente)

Dott.ssa Claudia Collina
(Segretario)

Dott. Desiderio Palombella
(Tesoriere)

■ **Sede Congressuale**

Savoia Hotel Regency

Via del Pilastro 2
40127 Bologna
Tel. + 39 051 3767777
Fax + 39 051 3767700
regency@savoia.eu

■ **Segreteria Organizzativa**

SUMAI ASSOPROF

Via Vincenzo Lamaro 13
00173 Roma
Tel. + 39 06 2329121
Fax + 39 06 23219168
sumai@sumaiweb.it