

## **1. MEDICINA TERRITORIALE**

*a cura della moderatrice Stefania Mostaccioli*

1. **Riconoscimento come decesso “in attività di servizio e per causa di esso”**, piuttosto che mero infortunio professionale, per i medici (e per gli infermieri) caduti nel corso dell’epidemia di COVID-19.
2. **Riconoscimento di infortunio, con indennità INAIL, per i giorni di assenza lavorativa per malattia COVID-19** dei medici in regime convenzionato, in quanto le polizze assicurative non contemplano indennizzo per epidemia.
3. **Implementazione della medicina di gruppo come poli sanitari**, con professionisti delle cure primarie (MMG/PLS/CA/specialistica) e del sociale e con diagnostica di primo livello, come previsti dall’ACL vigente e dal Decreto Balduzzi, resa di fatto non operativa per mancato stanziamento di fondi adeguati a livello regionale.
4. **Restituzione del pieno ruolo sanitario alle Aziende Sanitarie Locali (ASL)**. Il deficit di assistenza territoriale in Lombardia, ora evidente agli occhi di tutti, è riconducibile alla decisione di trasformare nel 2015 le ASL in ATS (Aziende Territoriali Sanitarie) con ruolo di mero controllo burocratico ed amministrativo di tipo politico.
5. **Implementazione dei centri di igiene e sanità pubblica**, deliberatamente sottodimensionati negli ultimi anni, **e dell’assistenza domiciliare integrata**, fulcro delle cure primarie.
6. **Richiesta di mantenere stabilmente operativa la ricetta dematerializzata**, una volta superata l'emergenza COVID-19. Tale procedura prescrittiva era regolata nel DPCM del 14 novembre 2015 (Gazzetta ufficiale n.303 del 31 dicembre 2015, come da precedente DL 179/2012) ed è diventata immediatamente operativa negli ultimi due mesi. Il dietro front alla stampa del promemoria cartaceo da parte del medico prescrittore, per i farmaci senza obblighi prescrittivi specifici, costituirà una beffarda limitazione dei diritti dei cittadini già sanciti per legge.
7. **Attuazione di un sistema informatico socio-sanitario unico a livello nazionale**, al contrario di quello attuale, operante nelle varie regioni in modo parziale, disomogeneo e vieppiù privatistico in gran parte di esse, con oneri a carico dei singoli medici.
8. **Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**, come da DL 18 ottobre 2012, n. 179, art.12 e Legge 17 dicembre 2012, n.221, unico ed operativo su tutto il territorio italiano. Il FSE è fondamentale per ridurre l'attuale enorme carico burocratico gravante sui medici per l'attivazione tra l'altro di presidi, hospice, fornitura di ossigeno. Il FSE è ancor più fondamentale per conservare i dati clinici del paziente in un unicum razionale, efficace ed efficiente. La mancata trasferibilità del proprio FSE da regione a regione è fortemente lesiva per i cittadini e particolarmente nefasta per i pazienti più fragili, quali i malati di malattie rare, che per la loro natura hanno pochissimi centri medici di riferimento sul territorio nazionale e pertanto sono costretti a spostamenti interregionali.

## **2. TELEMEDICINA**

*a cura del moderatore Emanuele Urbani*

1. **Identificazione di un elenco di esperienze di telemedicina durante l'emergenza COVID-19**, con particolare attenzione al mondo delle start-up innovative già operative e utilizzate da colleghi medici e pronte per essere scalate a livello nazionale per:

- tele-monitoraggio domiciliare
- video-consulto
- tele-monitoraggio in struttura ospedaliera/residenziale

In merito alle iniziative sul **tracciamento dei contagi** identificate dal Ministero della salute, risulta importante tenere ben separati gli strumenti di tracciamento/identificazione dei contagi da quelli clinici di condivisione dei dati con gli operatori sanitari e di telemedicina, per evitare un sovraccarico di attività e problemi di privacy di dati sanitari dei pazienti.

2. **Identificazione di linee guida nazionali di integrazione con il FSE** per le cartelle cliniche dei MMG e PLS, che devono rispettare standard qualitativi e di innovazione ad oggi non sufficienti.

3. **Potenziamento delle infrastrutture tecnologiche** (es. pc con webcam e smartphone) delle postazioni ambulatoriali e ospedaliere, allo scopo di abilitarle alle funzioni della telemedicina.

Questo consentirebbe di:

- ridefinire le cure domiciliari e i criteri di ospedalizzazione alla luce delle nuove tecnologie di monitoraggio;
- creare agende integrate per le urgenze e liste di attesa con controllo digitale;
- limitare i numeri degli accessi agli ambulatori, attraverso tecnologie di triage e video-visita;
- dematerializzare le prescrizioni farmacologiche pubbliche e private, così come gli esami e le prestazioni mediche;
- azzerare la burocrazia informatica in capo al professionista sanitario per concentrare gli sforzi sulle tecnologie cliniche.

Risulta di fondamentale importanza, in questo senso, definire delle linee guida chiare per l'accreditamento degli strumenti tecnologici con il sistema sanitario nazionale e impulsare verso un'etica dell'utilizzo di tali tecnologie, per evitare che la loro applicazione non diventi un mero risparmio sanitario per l'azienda a discapito delle condizioni di lavoro dei medici e della salute dei cittadini.

4. **Identificazione di linee guida per la rimborsabilità delle prestazioni di telemedicina:** video-visita, tele-monitoraggio e terapie digitali. In tal senso è necessario definire anche una guida sui compensi e le modalità di lavoro degli operatori coinvolti.

### **3. FARMACOLOGIA E PROTOCOLLI TERAPEUTICI**

*a cura della moderatrice Federica Giuzio*

- 1. Istituzione di ospedali COVID e sorveglianza personale sanitario.** Si ritiene necessaria la creazione di ospedali COVID dedicati, per garantire l'assoluta non contaminazione di personale e/o strutture dei presidi ospedalieri SpoKe convenzionali, al fine di poter svolgere le normali attività ambulatoriali e chirurgiche che in questo periodo hanno subito un notevole rallentamento a discapito dei pazienti. Si rende necessario, inoltre, prevedere **degenze (strutture isolate) per i pazienti positivi asintomatici**, poiché l'isolamento domiciliare non si è rivelato realmente efficace nel controllo epidemiologico della malattia. Si rende altresì necessaria una **maggiore sorveglianza sanitaria del personale esposto** che potrebbe, come già accaduto, farsi portatore asintomatico del virus.
- 2. Trattamento dei pazienti COVID-19 precoce e mirato.** I pazienti trattati precocemente mostrano una ripresa netta e un aggravamento dei sintomi molto raramente, anche in presenza di comorbidità e specialmente tra i giovani. I protocolli terapeutici in uso attualmente sono per molti aspetti divergenti tra le regioni; si ritiene di fondamentale importanza, dunque, **l'equiparazione dei protocolli terapeutici e delle linee guida farmacologiche su tutto il territorio nazionale**, anche per avere una corretta interpretazione dei dati epidemiologici circa l'efficacia dei protocolli stessi. È fondamentale facilitare **l'accesso all'idrossiclorochina nelle prime fasi della malattia**, potenziandone la produzione tramite l'impianto militare di Stato per far fronte alle crescenti richieste. È necessario, a tal proposito, sperimentare l'uso del farmaco a scopo profilattico nel personale sanitario come in altri Paesi. È fondamentale, inoltre, promuovere il ruolo del medico di medicina generale nella somministrazione di HCQ + AZM + EBPM (prescrivibile dopo dati ematochimici o in soggetti ad elevato rischio di evoluzione tromboembolica) attraverso il monitoraggio delle squadre USCA sul territorio.
- 3. Istituzione di protocolli nazionali circa l'utilizzo di DPI.** Pur considerando la mancanza della disponibilità globale di mascherine di tutti i tipi, molte persone al di fuori dell'ambito sanitario (addetti alla distribuzione o alla filiera produttiva, nonché sui mezzi pubblici) utilizzano mascherine FFP2/FFP3 con valvola espiratoria nella quotidianità. Si propone una forte sensibilizzazione della popolazione sui potenziali rischi dell'utilizzo scorretto di tali mascherine, allo scopo di ridurre sensibilmente la trasmissione del virus. Stante la carenza in commercio delle mascherine chirurgiche, può ritenersi ragionevole l'uso alternativo di quelle di stoffa e lavabili, rivestite internamente di uno strato di TNT (Tessuto Non tessuto).
- 4. Educazione circa l'utilizzo dei guanti**, spesso indossati e utilizzati come se costituissero una barriera alla trasmissione virale con il rischio di diventarne, al contrario, un veicolo di trasmissione importante. È, pertanto, essenziale educare anche ad un corretto uso dei guanti, che devono essere considerati come una "seconda pelle" e, dunque, dovrebbero essere sanificati con il gel idroalcolico esattamente come se si fosse a mani nude, e ne andrebbe scoraggiato il riutilizzo.
- 5. Coinvolgimento delle Università in studi di coorte retrospettivi e prospettivi**, volti a raccogliere dati su pazienti COVID-19 (anamnesi patologica e fisiologica, clinica e terapia somministrata) per valutare i fattori di rischio associati ad ospedalizzazione e mortalità da COVID-19.
- 6. Possibilità di avere industrie proprie per la produzione di farmaci**, assicurandosi tramite l'AIFA di verificare i prezzi degli stessi farmaci e DPI, controllando i ricarichi della filiera a partire dalla casa produttrice fino alle farmacie territoriali. Particolare attenzione va data ai farmaci *off-label* da parte dell'AIFA, implementando i protocolli terapeutici sperimentali qualora se ne accerti l'efficacia e la sicurezza d'impiego.

#### **4. FORMAZIONE POST-LAUREAM**

*a cura dei moderatori Valeria De Nigris, Davide Gori e Milena Catenaro*

##### **Specializzazioni mediche - SSM**

- 1. Eliminazione totale dell'imbutto formativo, con aumento del numero e recupero delle borse di specializzazione perse o interrotte**, tramite meccanismi di riassegnazione delle stesse, in modo da garantire un numero di posti di formazione post-lauream pari al numero di pensionamenti previsti nei prossimi anni. L'aumento delle borse in materia di formazione medica, già considerate insufficienti a coprire il fabbisogno sanitario nazionale alla luce dei pensionamenti non bilanciati da nuove assunzioni, è stato evidenziato in tutta la sua drammaticità dalla pandemia in corso.
- 2. Equiparazione dell'attività degli specializzandi, impegnati nella lotta alla pandemia da COVID-19, all'attività del personale sanitario dipendente.** I medici in formazione specialistica, con la loro immediata e massiva partecipazione, hanno permesso alle strutture sanitarie universitarie di rispondere in maniera adeguata alla sfida di questa pandemia; pertanto si richiede il **riconoscimento per gli specializzandi dell'indennizzo al pari di quello previsto per i dipendenti del SSN.**  
A seguito dell'emergenza, inoltre, i percorsi formativi ne hanno fortemente risentito, sono state sospese o rinviate le attività didattiche e ad oggi non si sa quando potranno ripartire. Alla luce di questo, si richiede la **riduzione delle tasse universitarie** o una compartecipazione economica delle regioni al pagamento.
- 3. Potenziamento del sistema delle SSM con accesso alle specialità anche mediante accreditamento di strutture ospedaliere non universitarie**, per una formazione più centrata sul territorio oltre che sui singoli atenei. In tal senso sono necessarie: una selezione accurata dei centri ospedalieri dislocati sul territorio, un'implementazione degli accordi bilaterali tra centri ospedalieri e universitari e la designazione, nei centri non universitari, di tutor con le stesse competenze pratico-scientifiche dei tutor universitari, al fine di garantire l'autonomizzazione professionale e una formazione basata su obiettivi che devono essere i medesimi per tutti gli specializzandi di una stessa disciplina. È altresì auspicabile:
  - a. la rivalutazione del contratto formativo di specializzazione nazionale, attualmente sotto borsa di studio, integrandolo con una tipologia di contratto formazione-lavoro che segua un ACN nazionale;
  - b. l'assegnazione delle borse regionali o del Ministero della salute alle Scuole che stipulano più accordi bilaterali con altri centri ospedalieri e con i distretti territoriali, permettendo la formazione degli specializzandi in reparti ospedalieri e in un setting assistenziale più vicino al territorio e alle esigenze di un sistema sanitario moderno.
- 4. Miglioramento della qualità della formazione specialistica**, allo scopo di garantire un'adeguata preparazione a tutti gli specializzandi e un budget personale per la formazione extra-curricolare. In tal senso è fondamentale l'acquisizione per gli specializzandi di tutte le branche chirurgiche della preparazione e dell'esperienza necessarie per lavorare in prima linea in piena autonomia. Si ritiene necessario, inoltre, fissare obiettivi annuali da raggiungere, che comprendano anche la partecipazione a congressi.

##### **Corso di formazione specifica in medicina generale - CFSMG**

- 1. Stanziamento di contratti straordinari di formazione-lavoro per i concorrenti risultati idonei all'ultimo concorso attivo per medici di medicina generale – CFSMG triennio 2019-2022.** Tali contratti, da assegnare in capo al Ministero della salute e alle singole regioni, hanno lo scopo di consentire ai suddetti medici di poter frequentare il corso, ad oggi non ancora cominciato. L'obiettivo ultimo è sopperire alla massiccia carenza di MMG, alla luce

dei problemi legati ai pensionamenti previsti per i prossimi anni non bilanciati da nuove assunzioni e drammaticamente accentuati dalla pandemia in corso. In tal senso si richiede, altresì, lo **scorrimento continuo della graduatoria del concorso 2019-2022 fino al prossimo CFSMG**.

2. **Equiparazione SSM – MMG e istituzione di un concorso unico**, allo scopo di favorire una completa equiparazione scientifica, retributiva e giuridica (in tema di malattie, infortuni e gravidanze) della medicina generale alle specializzazioni in altre branche mediche. Ciò consentirebbe, tra l'altro, di evitare la perdita di borse di specializzazione e di attuare anche nel nostro Paese il riconoscimento della medicina generale come "disciplina accademica e scientifica" (*Nuove definizioni europee - WONCA, 2011*), considerando che l'Italia è ormai una delle pochissime realtà in Europa dal punto di vista sanitario a non avere il riconoscimento ufficiale di titolo di specialista in medicina generale.
3. In attesa che venga istituito il concorso unico, si ritiene necessaria l'attuazione delle seguenti misure:
  - **programmazione dei concorsi per SSM e CFSMG nello stesso periodo e in tempi certi;**
  - **recupero delle borse di MMG perse o interrotte**, tramite meccanismi di riassegnazione delle stesse per scorrimento della graduatoria del CFSMG dell'anno vigente. Al fine di recuperare il maggior numero di borse possibili, è fondamentale lo **scorrimento continuo della graduatoria fino al CFSMG successivo;**
  - **previsione di punteggi extra per il CFSMG** ai fini della graduatoria finale, sulla base di criteri che tengano conto anche delle competenze del medico concorrente.
4. **Abolizione di qualsiasi sanatoria per la medicina generale:** l'equipollenza con altre branche determinerebbe una svalutazione del ruolo del medico di medicina generale sul territorio e, al tempo stesso, un'improvvisazione in assenza di competenze specifiche da parte degli specialisti in altre branche eventualmente inseriti con la suddetta sanatoria. La medicina generale è una disciplina a sé stante, con competenze specifiche che la formazione in specializzazioni ospedaliere non può fornire. La medicina generale ha le competenze per occuparsi - e deve poterlo fare - di cronicità, prevenzione, domiciliarità ed esami diagnostici di primo livello. Il MMG è - e deve essere visto come - il responsabile clinico del paziente in ambito extra-ospedaliero.
5. **Riforma dell'intero percorso formativo della medicina generale**, impulsando:
  - **trasformazione del tirocinio da osservazionale a pratico:** non più tirocini osservazionali, ma vera formazione sul campo, sul modello di una scuola formazione-lavoro che sia in grado di formare il corsista a poter eseguire ECG, spirometrie, fundus oculi e visite eco-assistite. Inoltre, per una formazione corretta e adeguata del MMG, si ritiene necessaria l'introduzione di corsi in materia di emergenza-urgenza e di corsi di approfondimento in diagnostica per immagini;
  - **definizione di un core curriculum nazionale**, chiaro e aggiornato allo stato dell'arte, in modo da azzerare le differenze organizzative che ci sono tra le regioni e garantire una formazione omogenea e adeguata degli specialisti del territorio. In questo senso sarebbe utile una gestione diretta da parte del Ministero della salute, invece che da parte degli enti locali.

## **5. ODONTOIATRIA E LIBERE PROFESSIONI**

*a cura del moderatore Giuseppe Di Trana*

1. Introduzione da parte del Servizio Nazionale Linee Guida (SLNG) dell'Istituto Superiore di Sanità di:
  - **linee guida validate per quanto riguarda i protocolli di sicurezza rispetto all'evitamento di infezioni cruciate** (operatività, disinfezione degli ambienti), rapportate ad una scala di pericolosità delle singole terapie per ogni branca specialistica (in base al rischio di aerosolizzazione);
  - **linee guida validate per quanto riguarda la gestione delle sale d'attesa** (adozione di un Triage COVID codificato, eventuale rilevazione di temperatura, individuazione di metodiche per evitare l'assembramento nei locali pubblici degli studi, individuazione di un rapporto superficie/ pazienti con e senza barriere divisorie).
  
2. **Misure per calmierare i prezzi dei DPI:**
  - riduzione dell'IVA sui DPI al 4%;
  - calmieramento dei prezzi dei DPI.
  
3. **Tamponi:** effettuazione di tamponi a tutti i medici liberi professionisti ed al personale di studio.
  
4. **Misure di sostegno ai liberi professionisti:**
  - riduzione dell'IVA al 4% per quanto riguarda le forniture di materiali di consumo (compresi DPI);
  - incentivazione alle dotazioni per effettuare Triage COVID (termo scanner, ecc.) e distanziamento, acquisto di strumentazioni per la disinfezione e per la protezione degli ambienti oltreché per l'ottimizzazione delle procedure in funzione di una minor aerosolizzazione (ove possibile);
  - aumento della detraibilità delle spese sanitarie;
  - stretta sui ritardi cronici nei pagamenti da parte dei fondi di prevalenza sanitaria (entro i termini di legge di 90 giorni) tramite organismo di controllo ministeriale;
  - forme di tutela per i medici che esercitano la professione esclusivamente da consulenti.