



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 225

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

Oggetto: Relazione audizione sull'“Analisi delle problematiche connesse al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2”.

Cari Presidenti,

Si trasmette per opportuna conoscenza la relazione relativa all'audizione tenuta da questa Federazione in data 11 novembre 2021 presso il Ministero della Salute sull'“Analisi delle problematiche connesse al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2”, invitando gli Ordini, nell'ambito della propria competenza territoriale, a darne la massima diffusione in considerazione della rilevanza della fattispecie trattata.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Filippo Anelli

Firmato digitalmente da

**FILIPPO
ANELLI**

O = FNOMCEO
C = IT

All. n. 1

MF/CDL

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

AUDIZIONE

Analisi delle problematiche connesse al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2 Ministero della Salute 11 novembre 2021

Questa Federazione, Ente pubblico esponente della professione medica e odontoiatrica, che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale, rileva la delicatezza e l'importanza della materia oggetto di esame presso codesto gruppo di lavoro e espone di seguito le presenti considerazioni.

Si rileva in premessa che tra gli atti che disciplinano la materia sulle liste di attesa vi sono: il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 (Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019) che sostituisce il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2010-2012. Le Regioni e le Province Autonome hanno tempo 60 giorni dall'Intesa per recepire il PNGLA 2019-2021 e adottare un proprio Piano regionale di governo delle liste di attesa; la Legge 23 dicembre 2005, n. 266, articolo 1, comma 282 e la Legge 23 dicembre 1994, n. 724, articolo 3, comma.

Al fine di aumentare il livello di attenzione pubblica sul tema dell'assistenza garantita ai pazienti NON Covid-19 che nel corso della pandemia (2020-2021) si sono scontrati con una difficoltà di accesso alle cure senza precedenti, si riportano di seguito i dati relativi alle "cure mancate" nell'anno 2020:

Nel 2020 oltre 1,3 milioni i ricoveri in meno rispetto al 2019, cioè -17%. Nel dettaglio sono circa 682.000 ricoveri con DRG medico e altri circa 620.000 con DRG chirurgico. Il valore economico corrisponde a 3,7 miliardi. A saltare rispetto al 2019 oltre ai ricoveri programmati e cioè - 747.011, purtroppo ci sono anche quelli urgenti che ne rappresentano il 42,6%, cioè -554.123. Le aree maggiormente coinvolte sono quelle della Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria e Chirurgia Vascolare. Per quanto riguarda l'ambito cardiovascolare si è assistito ad un calo di circa il 20% degli impianti di defibrillatori, pacemaker ed interventi cardiocirurgici maggiori. Riduzioni importanti anche in ambito oncologico. I ricoveri di chirurgia oncologica, nonostante non dovessero subire interruzioni, hanno visto invece una contrazione del 13%. I ricoveri per radioterapia e chemioterapia si sono ridotti rispettivamente del 15% e del 10%, del 30% i ricoveri per il tumore della mammella, del 20% per i tumori di polmone, pancreas e

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

apparato gastro intestinale. È invece pari all'8% la riduzione dei trapianti d'organi.

Riguardo la Specialistica ambulatoriale la contrazione rispetto al 2019 si attesta a 144,5 milioni di prestazioni in meno (che dal punto di vista economico equivalgono a 2,1 MLD): circa 90 milioni di prestazioni in meno di laboratorio, 8 milioni in meno di prestazioni di riabilitazione, 20 milioni di prestazioni di diagnostica per sé. Le risorse non spese per il recupero delle liste di attesa nonostante la forte riduzione delle prestazioni svolte rispetto al 2019, circa il 67% delle risorse stanziare nel 2020 per il loro recupero non sono state spese dalle Regioni. L'accantonamento delle risorse è stato pari a circa il 96% nelle Regioni meridionali e insulari, di circa il 54% al Nord e del 45% al Centro. **I dati certificati dalla Corte dei Conti sull'entità del fenomeno delle cure mancate ai pazienti NON Covid-19 nel corso del 2020 sono molto preoccupanti e descrivono una vera e propria emergenza che deve essere affrontata immediatamente e con grande attenzione.** L'attenzione da riservare non è figlia solo della drastica riduzione delle prestazioni sanitarie rispetto al 2019, ma anche e soprattutto per un'altra grave evidenza che la stessa Corte dei Conti mette in risalto e cioè il rilevante livello di inutilizzo da parte delle Regioni delle risorse stanziare dal Governo proprio per garantire il recupero delle cure mancate. A tutto ciò si aggiunge un ulteriore problema: l'inutilizzo di queste risorse è diversificato nel Paese, con punte nelle Regioni dell'Italia meridionale e insulare. Il Governo con il recente Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73, "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" all'art. 26 ripropone la strategia del Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104 (Decreto agosto), prevedendo il recupero da parte delle Regioni delle prestazioni non erogate durante il 2020 e l'utilizzo delle risorse stanziare (dallo stesso Decreto Agosto) ma in gran parte ancora non impegnate.

A parere di questa Federazione non appare più sufficiente finanziare queste misure. Serve un sistema efficiente, efficace e tempestivo sull'attuazione da parte delle Regioni delle misure volte al recupero delle prestazioni, la previsione di poteri sostitutivi del livello centrale nel caso di inerzia delle Regioni, nonché prevedere l'inserimento del recupero delle prestazioni e dell'utilizzo delle relative risorse da parte delle Regioni tra gli indicatori del Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei LEA. Non sarebbe accettabile ritrovarci ancora una volta, a fine 2021, con un livello inadeguato di recupero delle prestazioni e di utilizzo delle relative risorse da parte delle Regioni.

Riteniamo che l'impegno fondamentale dovrà essere volto a integrare



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

e rafforzare la norma dell'art. 26 del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, proprio al fine di rendere esigibile realmente il diritto alla salute delle persone.

Sono, infatti, ancora tanti i ritardi delle Regioni nel recupero delle prestazioni sanitarie rinviate a causa del covid, nonostante i fondi destinati a tale scopo dal decreto-legge 14 agosto 2020, n.104, fondi ancora disponibili come previsto nel Decreto Sostegni bis.

Nella provincia di Trento si è recuperato il 73% delle prestazioni ambulatoriali (18 mila su circa 24mila), ma solo il 39% degli screening oncologici e appena l'1% dei ricoveri. In Abruzzo il 64% degli screening oncologici sospesi è stato erogato (su un totale di 60 mila), assieme al 43% delle prestazioni ambulatoriali e a quasi il 25% dei ricoveri. In Friuli Venezia Giulia solamente lo 0,7% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è stato recuperato (su un totale di circa 215 mila), insieme al 1% di circa 6 mila ricoveri. In Sicilia sono oltre 3 milioni le prestazioni ambulatoriali e 63 mila i ricoveri non erogati, ma non si sa quanti siano stati recuperati. Così pure in Molise, dove non si hanno notizie certe sul recupero di circa 10 mila prestazioni, fra specialistica e diagnostica, e circa 1100 interventi. Meglio in Valle D'Aosta, dove è stato possibile recuperare il 32% dei ricoveri, il 49% degli screening oncologici (su un totale di circa 12 mila) e il 39% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (su un totale di circa 9 mila). I dati relativi al numero di prestazioni recuperate, sul totale di quelle da recuperare, sono stati forniti anche da Emilia Romagna (95% delle prestazioni e 35% dei ricoveri recuperati al 31/12/2020), Marche (50/70% delle prestazioni e dei ricoveri).

Ciò detto, le Regioni dovrebbero dare piena attuazione al piano di recupero delle liste di attesa post-covid, rendendo trasparenti le informazioni sui modelli organizzativi applicati, sulle tempistiche e sui criteri di priorità. Su un tema importante come quello del "ritorno alle cure ordinarie", i cittadini non possono attendere oltre e hanno diritto ad avere piena trasparenza.

Per quanto riguarda le azioni intraprese per il recupero delle liste d'attesa, Marche, Molise, Puglia, Trento, Valle D'Aosta rimandano genericamente ad azioni previste dal decreto 104 senza mostrare altre evidenze. Campania, Piemonte, Sardegna non forniscono dati in merito alle azioni poste in essere.

Si ritiene che uno dei punti cruciali anche per il recupero delle liste di d'attesa dovrebbe essere sicuramente rappresentato dalla formazione del medico, fondamentale soprattutto in un momento come questo in



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

cui il Servizio Sanitario Nazionale esce indebolito e logorato da una situazione di grave difficoltà e disagio a causa dell'epidemia di Covid-19.

E' necessario dunque un rinnovamento a tutto tondo della formazione del Medico, con l'intento di far fronte alla grave carenza di specialisti e di medici di medicina generale attesa per i prossimi cinque anni per via della cosiddetta 'gobba pensionistica', e di portare al completamento del percorso di specializzazione dei medici ancora intrappolati nell' 'imbuto formativo', laureati, abilitati, ma bloccati nell'attesa di poter accedere alle scuole e poi al Servizio Sanitario Nazionale.

La FNOMCeO auspica a tal fine che si sviluppino politiche volte a:

- procedere ad una vera riforma del sistema, che veda la formazione diventare un *unicum* dall'ingresso in Medicina fino al diploma di specializzazione o al diploma di formazione in Medicina generale;
- ampliare ulteriormente il numero delle borse per la Medicina generale e i contratti per la formazione specialistica;
- effettuare una programmazione efficace, per cui a ogni laurea corrisponda una borsa, superando l'attuale sistema di selezione in modo che tutti gli studenti che entrino nel percorso ne possano uscire con un diploma di formazione post-laurea;
- far sì che il titolo di medico di Medicina generale, pur nella peculiarità del corso, che deve essere triennale e che non può prescindere dal ruolo degli Ordini, sia definito una specializzazione.

Si rileva che il vero problema che affligge oggi il Servizio Sanitario Nazionale è il livello di disuguaglianze negli accessi e nella fruizione delle cure e delle prestazioni. Accanto al problema delle categorie più fragili, i poveri, i cittadini con un basso profilo di istruzione, i residenti al Sud Italia che ad oggi risultano essere fortemente penalizzati, altra criticità è rappresentata dalla evidente e ormai non più sostenibile carenza di organico nei nosocomi.

Pertanto una questione fondamentale alla base del sistema sanitario nazionale è il diritto all'uguaglianza nell'accesso alle cure, che nasce sulla base dell'articolo 32 della Carta Costituzionale. Se tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali, il diritto alla salute e quindi di uguale accesso alle cure è incompressibile. Si tratta di un diritto inviolabile di ogni cittadino, per il quale lo Stato deve fornire gli strumenti e garantire le condizioni di esercizio, mentre il medico deve tutelarne l'effettiva applicazione.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Si rileva che attualmente vi è una gravissima carenza di medici, che ha provocato una netta riduzione nell'erogazione delle prestazioni: senza i medici, infatti, non è possibile garantire l'assistenza.

Altra questione rilevante è rappresentata dal rispetto dei diritti inviolabili del cittadino, riconosciuti costituzionalmente ma di fatto non rispettati in un Paese dove le disuguaglianze tra Nord e Sud, centro e periferia, ricchi e poveri, laureati e cittadini meno istruiti sono sempre più evidenti. **E' opportuno ridurre questo divario al fine di garantire ai nostri cittadini migliori prestazioni sanitarie, intervenendo sui criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale che vede soprattutto le regioni meridionali penalizzate.** Il raggiungimento di obiettivi di salute, deve restare la finalità prioritaria del servizio sanitario in quanto occorre rimettere in primo piano gli obiettivi di salute, favorire la partecipazione dei cittadini, mettere i professionisti nelle condizioni di perseguire tali obiettivi in autonomia e indipendenza. Si dovrebbe altresì procedere alla revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure. **Appare inoltre necessario uno specifico sforzo volto a promuovere un sistema organico di strumenti di governance per l'uniformità degli standard dell'offerta sanitaria all'interno del Paese nei diversi aspetti dell'accesso, della completezza e della qualità dell'offerta, degli oneri a carico dei cittadini, degli esiti in termini di salute.** Bisogna adottare iniziative per differenziare il fabbisogno regionale standard anche in base alle carenze infrastrutturali, alle condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché alle condizioni di deprivazione e di povertà sociale, condizioni, che inevitabilmente determinano variazioni anche sui costi delle prestazioni.

Un altro fronte su cui intervenire è la questione sulla mobilità sanitaria, che produce ulteriore danno a carico delle regioni del sud nell'esercizio del diritto sacrosanto del cittadino di potersi curare in ogni parte d'Italia. Il meccanismo attuale non fa altro che premiare le regioni dove centri di eccellenza ed ospedali più efficienti sono stati istituiti grazie alle risorse proprio del servizio sanitario nazionale, distribuite in maniera più abbondante nelle regioni del nord. Si crei allora un'autonomia solidale, attraverso un fondo di solidarietà tra le regioni, in modo da colmare il gap ed equiparare gli indicatori di sopravvivenza per malattie e quelli sull'aspettativa di vita. Si ponga mano per ridurre gli effetti della povertà che determinano un aumento delle malattie croniche. Proviamo a



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

sviluppare la ricerca nelle nostre università e ad arginare il drammatico fenomeno della fuga dei cervelli dalla nostra terra.

Dovrebbe trattarsi di un fondo che consenta di assumere nuovi medici e superare definitivamente il blocco del turnover. Occorre puntare sulla professione medica, senza la quale non si può garantire il diritto alla salute del cittadino, su una professione sempre più autonoma, e indipendente, libera da un'eccessiva burocratizzazione, che risponda a obiettivi di salute prima che a quelli economici, permetta di garantire una qualità elevata di assistenza e capace di soddisfare realmente ai bisogni dei cittadini.

Appreziamo lo sforzo del Ministro della Salute Roberto Speranza nell'annunciare un vero e proprio piano straordinario di investimenti per recuperare le liste d'attesa.

L'epidemia di Covid-19 non ha fermato le altre malattie, così come ha acuito le disuguaglianze di salute. Molti cittadini sono stati costretti a rimandare le visite, e le liste d'attesa si sono ulteriormente allargate. Ora è il momento di risolvere questo problema, che affligge da anni il nostro servizio sanitario nazionale. Non bastano, a questo punto, interventi tampone: occorre una vera riforma strutturale del sistema.

Riteniamo che l'unica soluzione possibile e definitiva alle liste d'attesa è quella di alleggerire gli ospedali, prendendo in carico i pazienti cronici sul territorio, tramite il rafforzamento delle cure primarie. In altre parole, se il cittadino non può avere accesso alle prestazioni, bisogna portare le prestazioni, e i professionisti, vicino al cittadino.

Ricordiamo il ruolo fondamentale ricoperto dal medico prescrittore (medico di medicina generale-MMG, pediatra di libera scelta-PLS, specialista in strutture sanitarie pubbliche o accreditate) che è tenuto ad indicare sul ricettario SSN: se si tratta di prima visita/prestazione strumentale oppure di accessi successivi; la Classe di priorità; il Quesito diagnostico. Il Quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta di effettuare la prestazione; la Classe di priorità definisce i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie.

La FNOMCeO ritiene sia indispensabile costituire un team delle cure primarie, con medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sanitari, tecnici, che lavorino insieme in autonomia e sinergia e, per far questo, servono nuove strutture, più ampie, e dotate di tutti gli strumenti adeguati e necessari alla diagnostica di primo livello e alla somministrazione di terapie. Il paziente che si reca in



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

questi ambulatori, o che è seguito al suo domicilio, deve trovare le risposte alle sue domande di salute: deve poter effettuare un elettrocardiogramma, un'ecografia, alcuni esami radiologici, alcune analisi di laboratorio; deve poter essere sottoposto alle terapie riabilitative, iniettive, alle cure palliative e alle vaccinazioni previste.

La direzione auspicata dalla FNOMCeO è quella di investire risorse nella valorizzazione dei nostri professionisti, riconoscendone il ruolo di muro portante del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

È importante valorizzare l'operato e la professionalità di tutti i colleghi che lavorano in prima linea, non solo migliorandone le condizioni di lavoro, ma anche con incentivi economici. I ritmi insostenibili, l'altissimo livello di stress psicofisico, l'elevato rischio di aggressioni, il proliferare di denunce e citazioni in giudizio, spesso temerarie, demotivano i medici che lavorano nei pronto soccorso, spingendoli a trasferirsi in altri reparti o a migrare verso il privato.

Altrettanta attenzione va riservata al personale del 118, che gestisce l'emergenza-urgenza sul territorio. È assolutamente necessario che sui mezzi di soccorso avanzato, chiamati a intervenire nei casi, ad esempio, di infarti, ictus, incidenti stradali, siano presenti tutte le professionalità, il medico di Emergenza sanitaria territoriale e l'infermiere opportunamente formato, oltre all'autista-soccorritore, in modo da poter prestare subito e in sinergia la migliore assistenza possibile, senza perdere istanti preziosi.

Tornando a parlare degli ospedali, è il momento di fare un ulteriore passo, ed eliminare il tetto di spesa per il personale. Occorre anche comprendere le altre ragioni, se ve ne sono, della mancata assunzione di medici, per porvi rimedio. **Questo darebbe modo alle Regioni di poter finalmente effettuare una corretta programmazione delle assunzioni, sollevando i medici dagli effetti della carenza di personale e migliorando le condizioni di lavoro.**

È necessario investire sulla medicina del territorio, che deve essere il vero front office del servizio sanitario nazionale. Potenziarla significa alleggerire il pronto soccorso, abbattendo gli accessi inappropriati, oltre a ridurre, in generale, le liste di attesa. I due versanti, il territorio e l'ospedale, sono le due facce di una stessa medaglia: entrambi, insieme, costituiscono il Servizio Sanitario nazionale e vanno valorizzati allo stesso modo, per fornire la migliore e più completa assistenza ai cittadini.

In conclusione, riteniamo quindi che occorra investire le risorse provenienti dall'Europa con coraggio, puntando sui professionisti, e superando politiche ormai obsolete, come quelle dei Distretti, ridotti a



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

strutture a prevalente conduzione amministrativa. Se tutto questo avverrà, in automatico le liste d'attesa si elimineranno e gli ospedali potranno riprendere e valorizzare il loro ruolo di gestione delle acuzie e delle patologie e complicanze che non possono essere gestite in ambulatorio o al domicilio.

FNOMCeO