

Argomento: Sanità - Salute

Link originale: <https://pdf.extrapola.com/angqV/4742555.main.png>

PRIMO PIANO

Avvenire  
Sabato 26 agosto 2023

Il Paese alla prova

ENRICO NEGROTTI

«È chiaro ormai che spendere in sanità rappresenta un investimento, e non solo per la salute. Questo deve essere il criterio che guida ogni riforma». Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomec), concorda con il ministro della Salute, Orazio Schillaci: «Per migliorare l'attività del Servizio sanitario nazionale (Ssn) servono incentivi economici per i professionisti, ma anche un'organizzazione che ne valorizzi le competenze».

«Puntiamo a risorse aggiuntive» ma «il semplice aumento di fondi non basta a garantire la salute a tutti». Il ministro Schillaci ha detto che il Ssn ha «bisogno di una forte cura ricostituente». Che cosa occorre, secondo la Fnomec?

Il tema è di carattere culturale: i problemi sono di lunga data, perché ereditiamo l'idea che la sanità sia un costo. L'innovazione di tendenza si è avuta durante il Covid, quando il ministro Roberto Speranza ha più volte ribadito che non saremmo tornati alla stagione dei tagli. Ho fiducia che questa promessa sarà mantenuta dal ministro Orazio Schillaci. Significa un cambio di prospettiva: dall'idea di doversi mantenere entro la spesa stabilita al considerare la sanità come un investimento. Il Ssn genera benefici non solo per la salute (basta pensare che abbiamo l'indice di sopravvivenza tra i più alti al mondo) e per i legittimi (un sistema universalistico che garantisce la salute a tutti a prescindere dalla capacità contributiva), ma è anche un motore di sviluppo economico, come alcuni Paesi europei - tra cui Francia e Germania - hanno già ben capito. Uno dei fattori che spinge la produttività è proprio il Ssn, a cui quegli Paesi dedicano più del 10% del Pil, perché ogni euro investito torna indietro raddoppiato: le risorse diventano un vanto di crescita economica e stabilità sociale. Per l'Italia stiamo raccogliendo nei dettagli i dati con il Censis e li presenteremo in autunno.

Schillaci ha parlato di sistema ingolfato, che non si è innovato, e vorrebbe agire su due leve, economica e organizzativa. Su questo fronte cosa servirebbe per migliorare le condizioni di lavoro dei medici?

C'è un dato sociologico importante, che abbiamo rilevato come Fnomec due anni fa quando abbiamo posto la questione medica. Abbiamo scoperto che il 30 per cento dei giovani medici era disposto a dimettersi nel momento in cui le condizioni di lavoro non garantivano una qualità di vita privata sufficientemente accettabile. È anche una conseguenza del fatto che la disponibilità di lavoro è piuttosto ampia: se uno lascia il Ssn trova impiego nel privato, o ancora meglio all'estero. Ma è anche vero che il mondo della sanità sta cambiando rapidamente: ci sono 31 professioni sanitarie riconosciute, con competenze specifiche. Questo impone che il medico non svolga il suo lavoro da solo, ma in équipe, dove l'interazione tra professionisti è la vera innovazione. Il lavoro svolto con le diverse professioni sanitarie (infermieri, assistenti, psicologi, tecnici, ecc.) porterà a un passaggio culturale fondamentale che sarà recepito anche nel nuovo Codice deontologico dei medici. Schillaci ha focalizzato il problema, l'attività della pro-

# «Non più un costo, ma un investimento Perché sulla sanità non si deve tagliare»

«Ereditiamo un decennio di tagli lineari che è costato 37 miliardi di alla sanità», ha sottolineato il ministro della Salute Orazio Schillaci in un messaggio al dibattito sulla sanità svoltosi al Meeting di Rimini. «Con la prossima legge di bilancio puntiamo a risorse aggiuntive del Fondo che intendiamo destinare prioritariamente al personale sanitario». Risorse che, un mese fa, lo stesso ministro aveva quantificato in 3-4 miliardi di euro. Una cifra su cui si è acceso il dibattito dopo che il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti, ha richiamato tutti al realismo, dichiarando che la prossima Manovra sarà «complicata». Di qui lo scetticismo che serpeggia sulla possibilità di dare corso alla

«forte cura ricostituente» per il Servizio sanitario nazionale (Ssn), ritenuta necessaria da Schillaci. Che alla platea del Meeting ha annunciato l'intenzione di «rendere più attrattivo il nostro sistema sanitario» con «adempimenti migliori agli operatori della sanità», e rivedendo il «modello organizzativo». Puntando a liberarsi di «paletti e tetti di spesa vari». Il ministro si è detto «impegnato in una strategia di medio-lungo termine: gli interventi tamponi o il semplice aumento di fondi non hanno mai portato nei fatti a garantire la salute a tutti. Serve ripensare a una medicina pubblica più vicina alle persone, e più innovativa». Ma il Ssn, dopo la crisi Covid, non può più attendere.



Filippo Anelli

L'INTERVISTA

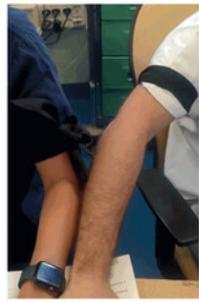
Filippo Anelli, presidente Fnomec: «Il Servizio sanitario è anche un motore di sviluppo economico. Va ricordato che non sono strutture e strumenti a dare salute, ma i professionisti»

## IN PRIMA LINEA LA PROTESTA DEL PERSONALE DEL PRONTO SOCCORSO ALL'OSPEDALE CARDARELLI DI NAPOLI



### Al lavoro con il lutto: «Il Ssn è morto»

Al lavoro con il lutto al braccio, «perché ormai è chiaro che il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è morto», dice un medico del Pronto soccorso. E, più specificamente, «per esprimere la nostra ferma opposizione di fronte alla negazione dei diritti dei nostri pazienti e della nostra dignità professionale». Da alcuni giorni, alcuni medici e infermieri dell'ospedale Cardarelli di Napoli si presentano così al lavoro. Da due anni, molti medici sono impegnati a sopportare la carenza di organico di un Pronto soccorso che è sceso da 35 unità a 18, a fronte di un afflusso che in alcuni giorni raggiunge quota 120 pazienti. La direzione del Cardarelli ha fatto sapere di aver bandito un nuovo concorso per assumere nuovi medici per il pronto soccorso. (A.La.)



ffessione non è solo una questione di carattere economico, anche se su questo punto la forbice si è troppo allargata tra Italia ed estero. Il dibattito sull'organizzazione chiama in causa il Decreto ministeriale 77 del 2022 sulle cure territoriali. È qui uno dei nodi principali? La discussione si è incentrata molto sulla opportunità di avere medici di medicina generale dipendenti convenzionati, come è adesso. Dal punto di vista deontologico quest'ultima scelta garantisce meglio la libera scelta del cittadino, e il legame con il suo medico di famiglia. In origine, nella legge 833 del 1978, con la convenzione si voleva favorire una competizione basata sulla scelta di chi risponde meglio alle esigenze del cittadino. Però poi sono stati modificati alcuni parametri, e si è passati da un medico ogni mille abitanti, a uno ogni 1.300, poi 1.500, poi 1.800, addirittura 2mila in certi casi. Ma in questo modo si perde il rapporto adeguato con il cittadino. Per non parlare di quel territorio dove, per mancanza

di un numero sufficiente di medici, il cittadino non può scegliere il medico. Detto questo, con la dipendenza si rischia di perdere il rapporto personale (il direttore generale può mandarti dove vuole) e anche la capillarità del servizio, perché il sistema tende a risparmiare, mentre ora c'è praticamente uno studio in ogni paese. Una possibile soluzione, che noi suggeriamo, è far entrare i medici di medicina generale nelle Case di comunità attraverso le loro forme associative. Verrebbe garantita un'adeguata presenza dei medici nelle Case di comunità, salvaguardati la capillarità dell'assistenza e il diritto del cittadino alla libera scelta del suo medico di fiducia. Si può approfittare del rinnovo dei contratti per inserire norme che favoriscano questa applicazione del Dm 77.

Tuttavia la carenza di medici nel Ssn chiama in causa anche le risorse, come ha ammesso il ministro. Come invertire la rotta? L'errore del passato è stato di non aver puntato sui professionisti, e soprattutto non aver definito gli standard. E anche il Pnr, per sua natura, interviene su strutture e strumenti e non sui professionisti, che però sono quelli che «fanno» la sanità. Per il pareggio di bilancio la voce taglie è sempre stata quella del personale, ma se non si definiscono bene quali operatori servono per ogni tipo di reparto, le condizioni di lavoro peggiorano, generando il disagio profondo a cui assistiamo. Tra l'altro, noi medici abbiamo l'obbligo deontologico di ascoltare e dialogare con il paziente, e la legge 219/2017 ha stabilito che il tempo della comunicazione è tempo di cura e non può essere conteggiato, non può essere determinato dal numero carente degli operatori. L'auspicio nostro è che - dopo decreti 502 e 517 degli anni Novanta, che erano impostati su un criterio economicistico - si torni all'ispirazione della legge 833/78, dando maggior peso a cittadini e professionisti, e a un sistema che non aveva portato la spesa fuori controllo. Negli ultimi tempi si è parlato anche di formazione e possibile abolizione del numero chiuso. Serve per rimediare alla mancanza di medici?

In realtà il numero di medici in Italia è di 4 ogni mille abitanti, la media negli Stati dell'Ocse è 3,8 e negli Stati Uniti è 2,6. Il problema è che non vanno a lavorare nel Ssn. Credo che dobbiamo respingere l'idea nostalgica di tornare al passato abolendo il numero chiuso, facendo una selezione naturale di chi riesce a superare il primo biennio. Quando ho iniziato io, la qualità della formazione non era eccellente: eravamo tantissimi, non tutti entravano nelle aule, e il rapporto con i docenti era di basso livello. Penso piuttosto che sarebbe da incentivare il modello di una selezione che viene anticipata alle scuole superiori, grazie al modello di ricerca sulla biologia con curvatura biomedica negli ultimi due anni di liceo: tra i ragazzi che seguono i corsi, un 30% abbandona, ma gli altri cercano quale può essere la loro strada e riescono a superare più facilmente anche il concorso di Medicina. È un modello che si può migliorare ma che sembra funzionare. Il ministro ha parlato anche di dare risposte «appropria-

te». C'è un problema anche nella domanda di prestazioni, non sempre necessarie o adeguate scientificamente? L'appropriatezza delle prestazioni è un tema affrontato da 15-20 anni, ci hanno provato tutti. L'attività medica è basata su due pilastri: l'evidenza scientifica e il diritto del cittadino a scegliere quale cura ricevere. Due principi cardine spesso richiamati dai giudici. Noi medici siamo consapevoli che non possiamo impedire nemmeno le evidenze scientifiche, ma questo principio non può essere in competizione con l'appropriatezza: devo viaggiare insieme. È quella che i cittadini decidono di fare non è irrilevante per il principio di appropriatezza non possono essere garantiti dal paternalismo medico del passato, ma solo grazie alla capacità di confronto con il cittadino-paziente. Sarà un principio di cambiamento del Codice deontologico e speriamo anche della formazione del medico: la comunicazione diventa strumento essenziale della professione.

## IL PUNTO Il nodo dei fondi in manovra (pochi) e del Pnr «rivisto»

di ALESSIA GUERRIERI  
Il Covid, in maniera prepotente, ha messo sotto gli occhi di tutti l'importanza della sanità pubblica e la necessità di investire sulla salute, intervenendo sulle croniche del Ssn, liste d'attesa e carenza dei medici in primis. Eppure il Fondo sanitario nazionale è quello che subisce il consueto «tra e molla» di risorse ad ogni manovra. Quest'anno ci sono sul tavolo 1,4 miliardi in più di fondi aggiuntivi chiesti dal ministro per la Salute Orazio Schillaci nel suo incontro con il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti ad inizio agosto. Fondi che hanno «ballato» per tutto l'estate, tra notizie di tagli, pallide rassicurazioni e la linea tracciata dal responsabile del Tesoro: «In sanità ci sarà quel che è giusto». Parole che però non sono né una conferma, né una smentita. Certo dal palco di Rimini Giorgetti ha ammesso che in manovra non si potrà fare tutto, ma sempre in quel contesto il responsabile della Salute ha assicurato che si sta lavorando «in una strategia di medio-lungo termine. Gli interventi tamponi o il semplice aumento di fondi non hanno mai portato, nei fatti, a garantire la salute a tutti. Serve ripensare a una medicina pubblica più vicina alle persone e più innovativa». Il ministro dell'Economia ha risposto che ci saranno nella prossima legge di bilancio risorse aggiuntive al Fondo, sottolineando di aver ereditato «un decennio di tagli lineari che è costato 37 mi-

liardi alla sanità. La pandemia ha dimostrato che non aver investito in salute è stato un errore, perché la crisi sanitaria è diventata crisi economica e sociale. Nell'ultima legge di bilancio Meloni ha previsto un aumento del Fondo sanitario nazionale (Fsn) di 2 miliardi nel 2023 e 2 miliardi nel 2024, che vanno aggiunti ai 2 miliardi in più già previsti dal governo Draghi, facendo salire così le risorse da 124 miliardi nel 2022, a 128 miliardi nel 2023 fino a 130 miliardi nel 2024. Ma è tutto ancora da vedere: se queste cifre saranno confermate dalla proposta. Anche se le stime per una sostenibilità del sistema della salute parlano di 7 miliardi in più l'anno strutturali. Le tre direttrici su cui, parola del ministro Schillaci, si sta lavorando è soprattutto il potenziamento degli organici e il rinnovo del contratto di lavoro. Anche perché la carenza di medici bianchi non riguarda solo le corsie degli ospedali, ma anche i medici di famiglia. Secondo le associazioni di categoria ne mancano 2900, con medici di base che hanno più pazienti di quelli che sono in grado di gestire, e nei prossimi anni se ne perderanno altri 2400. In più, ci sono anche i circa 1500 dottori italiani che vanno ad esercitare all'estero da ritrattarsi nel nostro Paese. Come pure la medicina del futuro, anche per ottimizzare i fondi, dovrà lavorare su digitalizzazione, telemedicina e medicina di prossimità. Il Pnr in questo senso potrà dare una mano, anche se con il ridimensionamento dei fondi ci saranno anche in questo campo dei tagli, come gli interventi sulle Case di comunità che passeranno da 1350 interventi a 936. Eppure in confronto agli altri Paesi europei la spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil è sotto la media. Un 27, stando ai dati dell'ultimo rapporto Osservatorio. Nel 2022 si è attestata a 131 miliardi (6,8% del Pil), mentre quella a carico dei cittadini è circa 39 miliardi (2% del Pil). Si tratta di un'allocazione di risorse inferiore a quella che si registra nella media europea, sia in termini di valore pro capite (2.609 euro contro 3.269 euro) che in rapporto al Pil (9,6% contro 10,9%). Anche le pressioni per il futuro del Ssn non sono di buon auspicio, visto che il DdP prevede una spesa per il 2023 di 136 miliardi (6,7% del Pil), nel 2024 di 135 miliardi e per il 2025 di 136 miliardi.

### Le risorse e il personale sul territorio: la fotografia

4 I miliardi in più che il ministro della Salute ha chiesto per la prossima Manovra

4 per mille Il numero di medici nel nostro Paese in rapporto agli abitanti, più della media Ocse

37 I miliardi di euro persi dal Servizio sanitario nazionale in un decennio di tagli

### Dottori di base, 30 settembre nuovo termine del concorso

Per consentire la massima partecipazione dei medici sono stati prorogati al 30 settembre i termini per la presentazione delle domande al concorso per l'accesso ai corsi di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2023-26. Il provvedimento del ministro della Salute sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 29 agosto e sul portale del ministero. Il ministro ha anche risposto fino al 30 novembre il termine di scorrimento dello stesso concorso per il triennio 2022-25. Entrambe le decisioni trovano il fulcro del sindacato Fim, il cui segretario Silvio Scotti osserva che il prolungamento dei termini «potrà evitare possibili ricorsi, ma non deve causare lo slittamento ulteriore delle prove d'esame». «Si accorciano i tempi amministrativi successivi». Bene anche la proroga delle possibili ricorsi, «Consente di chiamare altri medici in caso di mancate coperture».

## «Non più un costo, ma un investimento Perché sulla sanità non si deve tagliare»

ENRICO NEGROTTI

«Ereditiamo un decennio di tagli lineari che è costato 37 miliardi alla sanità», ha sottolineato il ministro della Salute Orazio Schillaci in un messaggio al dibattito sulla sanità svoltosi al Meeting di Rimini. «Con la prossima legge di bilancio puntiamo a risorse aggiuntive del Fondo che intendo destinare prioritariamente al personale sanitario». Risorse che, un mese fa, lo stesso ministro aveva quantificato in 3-4 miliardi di euro. Una cifra su cui si è acceso il dibattito dopo che il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti, ha richiamato tutti al realismo, dichiarando che la prossima Manovra sarà «complicata». Di qui lo scetticismo che serpeggia sulla possibilità di dare corso alla «forte cura ricostituente» per il Servizio sanitario nazionale (Ssn), ritenuta necessaria da Schillaci. Che alla platea del Meeting ha annunciato l'intenzione di «rendere più attrattivo il nostro sistema sanitario» con «stipendi migliori agli operatori della sanità», e rivedendo il «modello organizzativo». Puntando a liberarsi di «paletti e tetti di spesa vari». Il ministro si è detto «impegnato in una strategia di medio-lungo termine: gli interventi tampone o il semplice aumento di fondi non hanno mai portato nei fatti a garantire la salute a tutti. Serve ripensare a una medicina pubblica più vicina alle persone, e più innovativa». Ma il Ssn, dopo la crisi Covid, non può più attendere. «È chiaro ormai che spendere in sanità rappresenta un investimento, e non solo per la salute. Questo deve essere il criterio che

guida ogni futura riforma». Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), concorda con il ministro della Salute, Orazio Schillaci: « Per migliorare l'attrattività del Servizio sanitario nazionale (Ssn) servono incentivi economici per i professionisti, ma anche un'organizzazione che ne valorizzi le competenze ». «Puntiamo a risorse aggiuntive » ma «il semplice aumento di fondi non basta a garantire la salute a tutti». Il ministro Schillaci ha detto che il Ssn ha «bisogno di una forte cura ricostituente». Che cosa occorre, secondo la Fnomceo? Il tema è di carattere culturale: i problemi sono di lunga data, perché ereditiamo l'idea che la sanità sia un costo. L'inversione di tendenza si è avuta durante il Covid, quando il ministro Roberto Speranza ha più volte ribadito che non saremmo tornati alla stagione dei tagli. Ho fiducia che questa promessa sarà mantenuta dal ministro Orazio Schillaci. Significa un cambio di prospettiva: dall'idea di doversi mantenere entro la spesa stabilita al considerare la sanità come un investimento. Il Ssn genera benefici non solo per la salute (basta pensare che abbiamo l'indice di sopravvivenza tra i più alti al mondo) e per l'equità (un sistema universalistico che garantisce la salute a tutti a prescindere dalla capacità contributiva), ma è anche un motore di sviluppo economico, come alcuni Paesi europei - tra cui Francia e Germania - hanno già ben capito. Uno dei fattori che spinge la produttività è proprio il Ssn, a cui questi Paesi dedicano più del 10% del Pil, perché ogni euro

investito torna indietro raddoppiato: le risorse diventando un volano di crescita economica e stabilità sociale. Per l'Italia stiamo raccogliendo nel dettaglio i dati con il Censis e li presenteremo in autunno. Schillaci ha parlato di sistema ingolfato, che non si è innovato, e vorrebbe agire su due leve, economica e organizzativa. Su questo fronte cosa servirebbe per migliorare le condizioni di lavoro dei medici? C'è un dato sociologico importante, che abbiamo rilevato come Fnomceo due anni fa quando abbiamo posto la questione medica. Abbiamo scoperto che il 30 per cento dei giovani medici era disposto a dimettersi nel momento in cui le condizioni di lavoro non garantivano una qualità di vita privata sufficientemente accettabile. È anche una conseguenza del fatto che la disponibilità di lavoro è piuttosto ampia: se uno lascia il Ssn trova impiego nel privato, o ancora meglio all'estero. Ma è anche vero che il mondo della sanità sta cambiando rapidamente: ci sono 31 professioni sanitarie riconosciute, con competenze specifiche. Questo impone che il medico non svolga il suo lavoro da solo, ma in équipe, dove l'interazione tra professionisti è la vera innovazione. Il lavoro svolto con le diverse professioni sanitarie (infermieri, ostetriche, psicologi, tecnici, ecc.) porterà a un passaggio culturale fondamentale che sarà recepito anche nel nuovo Codice deontologico dei medici. Schillaci ha focalizzato il problema, l'attrattività della professione non è solo una questione di carattere economico, anche se su questo punto la forbice si è troppo allargata tra Italia ed estero. Il dibattito sull'organizzazione chiama in causa il Decreto ministeriale 77 del 2022 sulle cure territoriali. È qui uno dei nodi principali? La discussione si è incentrata molto sulla opportunità di avere medici di medicina generale dipendenti o convenzionati, come è adesso. Dal punto di

vista deontologico quest'ultima scelta garantisce meglio la libera scelta del cittadino, e il legame con il suo medico di famiglia. In origine, nella legge 833 del 1978, con la convenzione si voleva favorire una competizione basata sulla scelta di chi rispondesse meglio alle esigenze del cittadino. Però poi sono stati modificati alcuni parametri, e si è passati da un medico ogni mille abitanti, a uno ogni 1.300, poi 1.500, poi 1.800, addirittura 2mila in certi casi. Ma in questo modo si perde rapporto adeguato con il cittadino. Per non parlare di quei territorio dove, per mancanza di un numero sufficiente di medici, il cittadino non può scegliere il medico. Detto questo, con la dipendenza si rischia di perdere il rapporto personale (il direttore generale può mandarti dove vuole) e anche la capillarità del servizio, perché il sistema tende a risparmiare, mentre ora c'è praticamente uno studio in ogni paese. Una possibile soluzione, che noi suggeriamo, è far entrare i medici di medicina generale nelle Case di comunità attraverso le loro forme associative. Verrebbe garantita un'adeguata presenza dei medici nelle Case di comunità, salvaguardati la capillarità dell'assistenza e il diritto del cittadino alla libera scelta del suo medico di fiducia. Si può approfittare del rinnovo dei contratti per inserire norme che favoriscano questa applicazione del Dm 77. Tuttavia la carenza di medici nel Ssn chiama in causa anche le risorse, come ha ammesso il ministro. Come invertire la rotta? L'errore del passato è stato di non aver puntato sui professionisti, e soprattutto non aver definito gli standard. E anche il Pnrr, per sua natura, interviene su strutture e strumenti e non sui professionisti, che però sono quelli che "fanno" la sanità. Per il pareggio di bilancio la voce tagliata è sempre stata quella del personale, ma se non si definiscono bene

quanti operatori servono per ogni tipo di reparto, le condizioni di lavoro peggiorano, generando il disagio profondo a cui assistiamo. Tra l'altro, noi medici abbiamo l'obbligo deontologico di ascolto e dialogo con il paziente, e la legge 219/2017 ha stabilito che il tempo della comunicazione è tempo di cura e non può essere contingentato, non può essere determinato dal numero carente degli operatori. L'auspicio nostro è che - dopo i decreti 502 e 517 degli anni Novanta, che erano improntati a un criterio economicistico - si torni all'ispirazione della legge 833/78, dando maggior peso a cittadini e professionisti, ma correggendo gli errori che avevano portato la spesa fuori controllo. Negli ultimi tempi si è parlato anche di formazione e possibile abolizione del numero chiuso. Serve per rimediare alla mancanza di medici? In realtà il numero di medici in Italia è di 4 ogni mille abitanti, la media negli Stati dell'Ocse è 3,8 e negli Stati Uniti è 2,6. Il problema è che non vanno a lavorare nel Ssn. Credo che dobbiamo respingere l'idea nostalgica di tornare al passato abolendo il numero chiuso, facendo una selezione naturale di chi riesce a superare il primo biennio. Quando ho iniziato io, la qualità della formazione non era eccellente: eravamo tantissimi, non tutti entravano nelle aule, e il rapporto con i docenti era di basso livello. Penso piuttosto che sarebbe da incentivare il modello di una selezione che viene anticipata alle scuole

superiori, grazie al modello dello studio della biologia con curvatura biomedica negli ultimi due anni di liceo: tra i ragazzi che seguono i corsi, un 30% abbandona, ma gli altri capiscono quale può essere la loro strada e riescono a superare più facilmente anche il concorso di Medicina. È un modello che si può migliorare ma che sembra funzionare. Il ministro ha parlato anche di dare risposte «appropriate». C'è un problema anche nella domanda di prestazioni, non sempre necessarie o adeguate scientificamente? L'appropriatezza delle prestazioni è un tema affrontato da 15-20 anni, ci hanno provato tutti. L'attività medica si basa su due pilastri: l'evidenza scientifica e il diritto del cittadino a scegliere quali cure ricevere. Due principi cardine spesso richiamati dai giudici. Noi medici siamo consapevoli che non possiamo imporre nemmeno le evidenze scientifiche, ma questo principio non può essere in competizione con l'appropriatezza: devono viaggiare insieme. E quello che i cittadini decidono di fare non è irrilevante per il Ssn, ma i principi dell'appropriatezza non possono essere garantiti dal paternalismo medico del passato, ma solo grazie alla capacità di confronto con il cittadino-paziente. Sarà un principio di cambiamento del Codice deontologico e speriamo anche della formazione del medico: la comunicazione diventa strumento essenziale della professione. RIPRODUZIONE RISERVATA