

# 56°

CONGRESSO  
NAZIONALE  
SUMAI

**PER LA SANITÀ  
ATTUALE** PROGRAMMAZIONE  
FABBISOGNI  
E PROGETTAZIONE

RELAZIONE  
DEL SEGRETARIO  
NAZIONALE  
ANTONIO MAGI

ROMA  
5-7 NOVEMBRE 2024



**Sumai**  
**ASSOPROF**

Sindacato Unico Medicina  
Ambulatoriale Italiana  
e Professionalità dell'Area Sanitaria

# INDICE

	3	Introduzione
1	4	Analisi dello stato attuale della sanità italiana
2	16	La programmazione in sanità
3	18	Il fabbisogno sanitario
4	24	La progettazione di un sistema sanitario sostenibile
5	27	Specialistica ambulatoriale e i rapporti con la medicina generale
6	30	Specialistica ambulatoriale interna territoriale e Specialistica ospedaliera
7	31	Specialistica ambulatoriale convenzionata interna e Specialistica privata accreditata
8	34	Ruolo del Sumai Assoprof
9	37	Conclusioni e prospettive future



# INTRODUZIONE

Care colleghe e colleghi,  
gentili autorità, signore e signori,

**L'attuale scenario** sanitario nazionale ci pone di fronte a sfide senza precedenti. La sanità italiana è stata storicamente un punto di riferimento per il modello universalistico, garantendo a tutti i cittadini l'accesso alle cure. Tuttavia, negli ultimi anni, si è assistito a un progressivo deterioramento delle condizioni operative, risultato annunciato, dovuto ad un periodo di tagli lineari e di de-finanziamento del SSN.

**Le difficoltà emerse**, soprattutto durante la pandemia di COVID-19, hanno messo in luce tutte le criticità già presenti, dovute ad una scarsa se non assente programmazione, ad una distribuzione inadeguata delle risorse umane e materiali e ad una crescente pressione su tutti gli operatori sanitari.

**Le sfide che ci troviamo** ad affrontare richiedono un ripensamento profondo della gestione della sanità come oggi la conosciamo.

**La programmazione**, intesa come pianificazione strategica e organizzativa dei servizi sanitari, gioca un ruolo chiave nel rispondere in maniera efficace ai bisogni della popolazione. Il fabbisogno sanitario, cioè la capacità di identificare e soddisfare le necessità di cura dei cittadini, deve essere continuamente valutato e adattato in funzione dell'evoluzione delle condizioni demografiche ed epidemiologiche.

**È altresì fondamentale** progettare un sistema sanitario sostenibile, capace di integrare le innovazioni tecnologiche, come l'intelligenza artificiale e la telemedicina, e di garantire una collaborazione efficace tra i vari livelli assistenziali: dalla medicina territoriale, intesa in tutte le sue componenti dalla medicina generale alla specialistica ambulatoriale, dalla guardia medica all'emergenza territoriale, dalla medicina dei servizi alla pediatria di libera scelta ed il suo rapporto con gli ospedali.

**Solo attraverso una progettazione** che coinvolga tutti gli attori del sistema sanitario, pubblici e privati, sarà possibile creare un modello più resiliente e in grado di affrontare le sfide future.

**Durante questo congresso** approfondiremo ciascun aspetto della sanità attuale, ponendo particolare attenzione al ruolo dei medici specialisti ambulatoriali in rapporto con le altre categorie e alle azioni concrete che il SUMAI Assoprof intende mettere in campo

1

## Analisi dello stato attuale della sanità italiana

### 1.1 L'analisi della Corte dei Conti

Dalla lettura del documento della Corte dei Conti, emergono alcuni dati rilevanti per l'analisi della spesa sanitaria in Italia e per le sue componenti. Si evidenziano le variazioni della spesa sanitaria negli anni recenti, si mettono in luce le differenze regionali e l'influenza della mobilità sanitaria e della spesa privata.

TABELLA

SPESA SANITARIA IN ITALIA (IN MILIONI DI EURO)

Anno	Spesa corrente	Spesa a prezzi Costanti	Spesa Sanitaria/PIL %
2014	109.712	116.962	6,71
2015	110.008	116.367	6,61
2016	110.977	115.944	6,51
2017	112.185	116.380	6,43
2018	114.423	117.445	6,44
2019	115.663	117.487	6,41
2020	122.679	122.679	7,35
2021	127.627	126.010	6,93
2022	131.674	125.536	6,59
2023	131.119	118.133	6,16
2024 (stima)	137.934	121.956	6,30

Quindi, la spesa sanitaria in Italia, secondo la Corte dei Conti, ha mostrato un andamento crescente nel decennio 2014-2024, con un picco significativo nel 2020 a causa della pandemia da COVID-19.

Tuttavia, si osserva che dal 2023 il rapporto tra spesa sanitaria e PIL è in diminuzione, passando dal 7,35% del 2020 al 6,16% stimato per il 2024. Questo calo in parte riflette una riduzione del potere d'acquisto dovuta all'inflazione e il rallentamento della spesa legata agli oneri emergenziali.

Le differenze regionali sono particolarmente evidenti sia in termini di capacità di attrarre pazienti da altre regioni (mobilità attiva), sia di fuga dei residenti verso altre aree per ricevere cure (mobilità passiva). Le regioni del Nord, come Lombardia ed Emilia-Romagna, continuano a registrare saldi positivi mentre quelle del Centro-Sud, tra cui Campania e Calabria, mostrano deficit significativi contribuendo al divario di accesso ai servizi sanitari.

### Impatto della Spesa Privata

La spesa sanitaria privata gioca un ruolo sempre più rilevante nel sostenere il sistema sanitario specialmente attraverso la spesa out-of-pocket (pagamenti diretti dai cittadini). Nel 2023, la spesa privata ammontava a 45.862 milioni di euro, con una crescita del 10,5% rispetto all'anno precedente. Questa tendenza sottolinea, secondo la Corte dei Conti, come i cittadini siano sempre più costretti a contribuire personalmente alla copertura di cure sanitarie, alimentando ulteriormente le disuguaglianze regionali.

TABELLA IMPATTO DELLA SPESA PRIVATA			
Anno	Spesa Out of Pocket (miliardi di €)	Variazione Percentuale (%)	Note della Corte dei Conti
2018	39.0	-	Incremento dovuto all'aumento dei ticket e prestazioni non coperte dal SSN
2019	40.2	+3.08%	Crescita dovuta all'ampliamento dell'accesso alla sanità privata
2020	36.5	-9.20%	Riduzione per effetto della pandemia e limitato accesso alle cure
2021	38.7	+6.03%	Recupero post-pandemico e aumento dei costi delle prestazioni private
2022	41.5	+7.24%	Incremento per l'aumento della domanda di prestazioni specialistiche
2023	45.8	+10,50%	Incremento continuo legato a una crescente richiesta di visite e prestazioni fuori dal SSN

Il ruolo del settore privato è marcato anche nella mobilità sanitaria: oltre il 50% delle prestazioni in mobilità è erogato da strutture private, particolarmente nelle regioni del Centro-Sud dove le infrastrutture pubbliche risultano spesso inadeguate. Questo contribuisce a rafforzare il fenomeno della mobilità sanitaria verso il Nord, aumentando il divario già esistente tra le regioni italiane. Le principali **differenze regionali** nel sistema sanitario italiano, secondo la Corte dei Conti derivano da una combinazione di fattori economici, organizzativi e infrastrutturali. Secondo la Corte dei Conti, infatti, tra i motivi principali che contribuiscono a creare divari significativi nell'accesso e nella qualità delle cure sanitarie tra le diverse regioni sono:

### L'autonomia regionale nella gestione della sanità

- **Decentramento gestionale** La gestione del sistema sanitario in Italia è affidata alle singole regioni, che hanno un ampio margine di autonomia nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi sanitari. Questo decentramento ha portato a una disparità nella qualità e nell'efficienza tra le regioni, con le regioni del Nord più capaci di gestire le risorse e quelle del Sud spesso in difficoltà a causa di inefficienze e cattiva amministrazione.
- **Piani di rientro** Alcune regioni, in particolare al Sud, come la **Calabria** e la **Campania**, sono state sottoposte a piani di rientro dal deficit sanitario. Questi piani hanno comportato tagli ai servizi e risorse limitate con un impatto negativo sull'accesso alle cure e sulla qualità delle strutture sanitarie locali.

### Le capacità economiche regionali

- **Diverse risorse economiche** Le regioni del Nord, come la **Lombardia** e l'**Emilia-Romagna**, beneficiano di una maggiore capacità economica, che permette loro di investire di più nel settore sanitario, sia pubblico che privato. La loro economia più robusta consente di sostenere anche un alto livello di spesa sanitaria privata. Al contrario, le regioni del Sud hanno un PIL pro capite inferiore, che limita la capacità di investimento nella sanità e rende più difficile per le famiglie coprire le spese sanitarie private.
- **Disuguaglianze economiche** Le famiglie del Sud sono spesso costrette a fronteggiare un maggiore onere finanziario per l'accesso ai servizi sanitari, soprattutto quando si tratta di cure non coperte dal sistema sanitario pubblico. Questo si traduce in un accesso limitato alle cure specialistiche e a tecnologie mediche avanzate.

---

## La qualità delle infrastrutture sanitarie

- **Carenza di strutture e tecnologie moderne** Le regioni del Nord dispongono generalmente di strutture ospedaliere più moderne e tecnologicamente avanzate, mentre molte regioni del Sud soffrono di una grave carenza di infrastrutture adeguate. In alcune aree del Mezzogiorno, gli ospedali sono sottodimensionati e dotati di attrezzature obsolete, riducendo la capacità di fornire cure tempestive e di qualità.
- **Tempi di attesa e servizi territoriali** Al Sud, i tempi di attesa per visite specialistiche e interventi chirurgici sono spesso più lunghi rispetto al Nord, a causa della minore disponibilità di medici, risorse e strutture. Inoltre, i servizi territoriali come l'assistenza domiciliare e i servizi di prevenzione sono meno sviluppati, accentuando le difficoltà nell'accesso alle cure per i cittadini più vulnerabili, come gli anziani.

---

## La mobilità sanitaria

- **Mobilità passiva dal Sud al Nord** Molti pazienti delle regioni del Sud si spostano verso il Nord per ottenere cure di qualità superiore, generando il fenomeno della **mobilità sanitaria passiva**. Questo avviene perché le strutture del Nord offrono una maggiore varietà di servizi specialistici e tempi di attesa più brevi. Regioni come la **Lombardia** e l'**Emilia-Romagna** attirano pazienti non solo dal Sud, ma anche dal Centro Italia.
- **Effetti negativi della mobilità sanitaria** La mobilità passiva impoverisce ulteriormente le regioni del Sud, che devono pagare le altre regioni per le cure fornite ai propri cittadini. Questo circolo vizioso porta a un ulteriore deterioramento delle strutture sanitarie locali e aumenta il divario tra Nord e Sud.

---

## Gli investimenti pubblici e privati

- **Differenze nei finanziamenti pubblici** Le regioni del Nord ricevono finanziamenti maggiori sia dal governo centrale che dalle proprie entrate regionali, consentendo loro di mantenere un sistema sanitario più efficiente e di alta qualità. Al Sud, la scarsità di finanziamenti pubblici, aggravata da una gestione meno efficiente, porta a un'offerta sanitaria più ridotta e a una minore qualità dei servizi.
- **Ruolo della sanità privata** Nel Nord, la presenza di strutture sanitarie private accreditate che collaborano con il sistema pubblico è molto più marcata rispetto al Sud. Questo permette di sopperire alle eventuali carenze del sistema pubblico, garantendo una qualità complessiva superiore dei servizi. Al Sud, la sanità privata è meno diffusa, e molte famiglie non possono permettersi di accedere ai servizi privati, accentuando così le disuguaglianze.

---

## La carenza di personale e la fuga di cervelli

- **Carenza di medici e infermieri** La carenza di personale sanitario è un problema che affligge tutte le regioni e soprattutto le regioni del Sud. Molti medici e infermieri scelgono di lavorare nelle regioni del Nord, dove le condizioni lavorative e le opportunità di crescita professionale sono migliori. Questo lascia le strutture sanitarie del Sud in difficoltà, con un numero insufficiente di professionisti sanitari per far fronte alla domanda di cure.
- **Fuga dei professionisti** La mancanza di opportunità professionali nelle regioni meridionali porta molti laureati in medicina e professionisti sanitari a trasferirsi al Nord o all'estero, aggravando ulteriormente la situazione di carenza di personale qualificato nelle regioni del Sud.

La Corte dei Conti nelle sue analisi e audizioni recenti ha proposto diverse soluzioni per affrontare le disparità regionali nel sistema sanitario italiano e migliorare la sostenibilità e l'efficienza complessiva del settore. Queste soluzioni mirano a risolvere le carenze strutturali, gestionali e finanziarie che attualmente affliggono il sistema con particolare attenzione alle regioni in difficoltà.

### Tra le principali raccomandazioni della Corte dei Conti:

---

#### Rafforzare la governance centrale e regionale

- **Coordinamento più efficace** La Corte dei Conti sottolinea l'importanza di un miglior coordinamento tra governo centrale e regioni per garantire un'allocazione efficiente delle risorse sanitarie. Proporre standard più uniformi a livello nazionale per la gestione della sanità potrebbe contribuire a ridurre le differenze regionali, pur mantenendo un livello adeguato di autonomia regionale.
- **Migliorare la programmazione sanitaria** La Corte ha inoltre raccomandato l'adozione di una programmazione sanitaria più rigorosa, basata su analisi dei bisogni sanitari effettivi delle singole regioni. Questo aiuterebbe a indirizzare meglio le risorse in aree con carenze specifiche, evitando sprechi e garantendo un servizio più equo.

---

#### Risanare il debito e migliorare l'efficienza della spesa

- **Controllo della spesa sanitaria** Una delle principali soluzioni suggerite dalla Corte riguarda il contenimento e il monitoraggio della spesa sanitaria. La Corte propone una razionalizzazione della spesa per ridurre inefficienze, con un particolare focus sulle regioni che sono state sottoposte a piani di rientro per il deficit sanitario, come la **Calabria** e la **Campania**. L'obiettivo è evitare il ricorso eccessivo a debiti e prestiti per finanziare la sanità.
- **Maggiore trasparenza e controllo** La Corte ha più volte sollecitato una maggiore trasparenza nella gestione delle risorse sanitarie e un monitoraggio continuo delle performance regionali. Attraverso controlli regolari e più severi sulle spese delle regioni, si potrebbe evitare un uso inefficiente delle risorse e garantire una gestione finanziaria più oculata.

---

#### Investimenti mirati in infrastrutture e tecnologia

- **Rinnovare le strutture sanitarie** La Corte ha raccomandato maggiori investimenti nelle infrastrutture sanitarie, soprattutto nel Sud Italia, dove le strutture sono spesso obsolete e sottodimensionate. Modernizzare gli ospedali e le attrezzature sanitarie potrebbe migliorare la qualità delle cure e ridurre il fenomeno della mobilità sanitaria verso il Nord.
- **Digitalizzazione e telemedicina** Un'altra soluzione proposta riguarda l'implementazione di tecnologie innovative, come la **telemedicina** e la digitalizzazione dei servizi sanitari. Questo permetterebbe un accesso più rapido alle cure, soprattutto nelle aree remote o carenti di servizi, migliorando l'efficienza complessiva del sistema.

---

#### Rafforzare l'assistenza territoriale

- **Potenziare la medicina territoriale** La Corte ha insistito sulla necessità di rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale, attraverso il potenziamento dei medici

di base e delle strutture sanitarie locali, come le **Case della Comunità** previste dal **PNRR**. Una sanità territoriale più forte ridurrebbe il carico sugli ospedali e migliorerebbe l'accesso alle cure per i pazienti cronici e per le fasce più vulnerabili della popolazione.

- **Promuovere la prevenzione:** La prevenzione è vista come uno dei pilastri su cui costruire un sistema sanitario più sostenibile. La Corte raccomanda di aumentare gli investimenti in programmi di prevenzione, con un focus su malattie croniche e stili di vita sani. La prevenzione ridurrebbe i costi futuri, evitando un sovraccarico del sistema sanitario nazionale.

## Migliorare la gestione del personale sanitario

- **Aumentare e qualificare il personale** Una delle soluzioni chiave per affrontare la carenza di personale medico e infermieristico, soprattutto nelle regioni del Sud, è l'incremento delle assunzioni e la formazione continua del personale sanitario. La Corte dei Conti ha sottolineato la necessità di riformare i modelli di reclutamento e di incentivare i professionisti sanitari a rimanere nelle regioni meno attrattive, evitando la fuga verso il Nord o l'estero.
- **Riforma dei contratti di lavoro** La Corte propone una revisione dei contratti per i professionisti sanitari, con una particolare attenzione alla flessibilità e all'adeguamento salariale. Incentivi economici e contratti più attrattivi potrebbero facilitare la permanenza di medici e infermieri nelle aree più svantaggiate.

## Ridurre la mobilità sanitaria

- **Migliorare la qualità delle cure nel Sud** Per ridurre il fenomeno della **mobilità sanitaria**, la Corte dei Conti raccomanda di investire nella qualità dei servizi sanitari nelle regioni del Sud, per far sì che i cittadini non siano costretti a spostarsi verso il Nord per accedere a cure migliori. Migliorare la qualità degli ospedali e ridurre i tempi di attesa potrebbe contribuire a ridurre il flusso di pazienti verso altre regioni.
- **Valorizzare il ruolo della sanità privata accreditata:** La Corte suggerisce anche di valorizzare meglio la sanità privata accreditata, soprattutto al Sud, per integrare i servizi pubblici e ridurre le carenze strutturali.

## Potenziamento del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)

- **Investimenti strategici** La Corte vede nel **PNRR** un'opportunità cruciale per colmare il divario regionale nella sanità italiana. Gli investimenti previsti nel piano riguardano sia le infrastrutture sia il potenziamento della medicina territoriale e della digitalizzazione. Tuttavia, la Corte ha raccomandato una più attenta gestione e monitoraggio dell'implementazione del PNRR per assicurarsi che i fondi siano utilizzati in modo efficiente e portino a risultati tangibili, soprattutto nelle regioni più deboli.

## Pari opportunità alle Regioni penalizzate

- **Le regioni italiane** più penalizzate nel sistema sanitario, secondo l'analisi della Corte dei Conti e altri rapporti come quello della Fondazione GIMBE, sono generalmente concentrate nel **Mezzogiorno**. Queste regioni soffrono di una combinazione di problemi strutturali, economici e organizzativi che si traducono in



una minore qualità dei servizi sanitari, tempi di attesa più lunghi e una maggiore dipendenza dalla **mobilità sanitaria** verso altre regioni.

**Di seguito le regioni più penalizzate  
e i fattori che contribuiscono a questa condizione:**

**Calabria**

**Carenza di infrastrutture e personale:** La Calabria è tra le regioni con le maggiori difficoltà nel garantire un accesso adeguato alle cure sanitarie. La regione ha sofferto per anni di una gestione inefficace, con ospedali obsoleti e una grave carenza di personale medico e infermieristico.

**Piani di rientro e deficit sanitario:** La Calabria è stata sottoposta a piani di rientro per risanare il deficit sanitario. Tuttavia, questi piani hanno portato a tagli nei servizi e a una riduzione delle risorse disponibili, aggravando ulteriormente la qualità dell'assistenza.

**Mobilità sanitaria passiva:** La Calabria registra una delle più alte percentuali di pazienti che si spostano in altre regioni per ricevere cure. Questo fenomeno impoverisce ulteriormente la regione, poiché le risorse sanitarie vengono trasferite a favore di altre regioni che offrono cure più efficienti.

**Campania**

**Difficoltà organizzative e gestione inefficace:** La Campania presenta grandi criticità in termini di organizzazione sanitaria. La gestione inefficace delle risorse e la scarsità di strutture moderne contribuiscono a un servizio di qualità inferiore rispetto ad altre regioni italiane.

**Tempi di attesa e accesso limitato:** I tempi di attesa per visite specialistiche e interventi chirurgici sono tra i più lunghi del paese. Questo rende difficile l'accesso ai servizi sanitari per molti cittadini, che devono ricorrere al settore privato o alla mobilità verso altre regioni.

**Alta povertà sanitaria:** La Campania è tra le regioni con il più alto tasso di **povertà sanitaria**, ossia l'incapacità di sostenere le spese per cure non coperte dal servizio pubblico. La popolazione locale si trova spesso a rinunciare a trattamenti medici essenziali a causa dei costi elevati.

**Sicilia**

**Insufficienza delle strutture sanitarie:** In Sicilia, molte strutture sanitarie sono insufficienti o inadeguate, con ospedali sovraffollati e risorse limitate per affrontare la domanda crescente di cure.

**Dipendenza dalla sanità privata:** Molti cittadini siciliani sono costretti a ricorrere al settore privato per ottenere cure tempestive, poiché il sistema pubblico non riesce a far fronte alle necessità. Tuttavia, l'accesso al privato è possibile solo per coloro che possono permettersi di pagare le spese out-of-pocket.

**Mobilità sanitaria:** Come in Calabria, anche in Sicilia si assiste a un'alta mobilità sanitaria passiva, con molti pazienti che si spostano verso regioni del Nord per ottenere cure specialistiche e di qualità.

**Puglia**

**Disparità di servizi tra aree urbane e rurali:** In Puglia esistono profonde disparità tra le zone urbane e rurali. Mentre le città principali possono contare su ospedali più attrezzati, le aree interne e rurali soffrono di una carenza cronica di medici e strutture.

**Tempi di attesa:** Anche in Puglia i tempi di attesa per cure specialistiche e ospedaliere sono tra i più lunghi in Italia, e questo spinge i pazienti a spostarsi verso altre regioni o a rivolgersi al settore privato.

**Fuga di personale sanitario:** La Puglia ha anche registrato una fuga di personale medico e infermieristico verso altre regioni italiane o verso l'estero, aggravando ulteriormente la carenza di professionisti sanitari qualificati.

## Basilicata

**Carenza di risorse:** La Basilicata, come altre regioni del Mezzogiorno, ha un sistema sanitario che soffre di una cronica mancanza di risorse economiche e strutturali, con una conseguente limitata disponibilità di cure.

**Mobilità sanitaria:** Anche la Basilicata registra una significativa mobilità sanitaria passiva, con pazienti che cercano cure specialistiche in altre regioni, soprattutto al Nord.

Le regioni sopra menzionate condividono alcuni fattori che contribuiscono alla loro condizione di svantaggio rispetto ad altre regioni italiane:

- **Deficit finanziario e piani di rientro:** Molte di queste regioni sono state sottoposte a rigidi piani di rientro dal deficit sanitario, che hanno limitato la loro capacità di investimento in nuove strutture, tecnologie e assunzioni di personale.
- **Mancanza di infrastrutture moderne:** In queste regioni, le strutture ospedaliere sono spesso vecchie e non adeguatamente attrezzate per far fronte alle esigenze sanitarie moderne.
- **Carenza di personale:** Queste regioni soffrono di una grave carenza di personale sanitario, in parte a causa della fuga di professionisti verso regioni più attrattive o verso l'estero, dove le condizioni lavorative sono migliori.
- **Dipendenza dal settore privato:** In molte di queste regioni, i cittadini sono costretti a rivolgersi al settore privato per ottenere cure rapide e di qualità, ma questo rappresenta un ulteriore onere economico per le famiglie con redditi più bassi.

Le regioni del Mezzogiorno, in particolare **Calabria, Campania, Sicilia, Puglia e Basilicata**, risultano essere le più penalizzate nel sistema sanitario italiano. Queste regioni soffrono di carenze croniche in termini di infrastrutture, personale e risorse economiche, il che porta a disuguaglianze nell'accesso alle cure rispetto alle regioni del Nord.

Le proposte della Corte dei Conti mirano a risolvere queste criticità attraverso una gestione più oculata delle risorse, **investimenti nelle infrastrutture** e soprattutto **una riforma ed una maggiore retribuzione ed incentivazione del personale sanitario**.

## 1.2

### La situazione della sanità territoriale

Finalmente si è capito che la sanità territoriale è il fulcro di un sistema sanitario efficace, poiché consente di gestire la maggior parte dei problemi di salute in modo preventivo e continuativo, riducendo la pressione sugli ospedali.

Purtroppo in Italia si osserva un dislivello nella qualità e nella quantità dei servizi offerti anche nei diversi territori.

Secondo i dati ISTAT il rapporto tra numero di medici specialisti e popolazione varia notevolmente da regione a regione.

#### Distribuzione per numero assoluto di medici specialisti:

La Lombardia è la regione con il maggior numero di medici specialisti (30.215), seguita dal Lazio (21.993), Campania (17.397), Sicilia (16.578), ed Emilia-Romagna (15.120).

Al contrario, regioni come il Molise (898) e la Valle d'Aosta (362) hanno il minor numero di specialisti.

### Rapporto specialisti per 1.000 abitanti:

Il numero di specialisti per 1.000 abitanti è più alto in Sardegna (3,89), seguita dal Lazio (3,84), Liguria (3,73), Umbria (3,53), e Toscana (3,49).

Il rapporto più basso si registra in Basilicata (2,50), Trentino-Alto Adige (2,56), e Veneto (2,67).

### Genere dei medici specialisti:

Nella maggior parte delle regioni, i medici specialisti di genere maschile sono in numero maggiore rispetto a quelli di genere femminile.

Tuttavia, in Sardegna e Abruzzo c'è un'inversione: in Sardegna il 57,99% degli specialisti è di genere femminile e in Abruzzo il 51,40%.

TABELLA		RAPPORTO DI MEDICI SPECIALISTI PER 1.000 ABITANTI E PER REGIONE	
Regione	Specialisti per 1.000 abitanti		
Sardegna	3.89		
Lazio	3.84		
Liguria	3.73		
Umbria	3.53		
Toscana	3.49		
Sicilia	3.43		
Emilia-Romagna	3.41		
Abruzzo	3.32		
Friuli-Venezia-Giulia	3.21		
Campania	3.09		
Molise	3.05		
Lombardia	3.03		
Marche	2.95		
Puglia	2.93		
Calabria	2.93		
Valle d'Aosta	2.92		
Piemonte	2.90		
Veneto	2.67		
Trentino-Alto-Adige	2.56		
Basilicata	2.50		

Questa disparità si traduce in un accesso alle cure non omogeneo, specialmente per quanto riguarda la specialistica territoriale che appare, a causa della politica sinora attuata, assai scarsa per le necessità delle case della comunità e degli ospedali di comunità costringendo molti cittadini a spostarsi verso centri urbani per ricevere trattamenti specialistici e sempre più spesso verso i pronti soccorsi.

### Le conseguenze di queste disparità e carenze sono evidenti:

- A
- B
- C

**Lunghi tempi di attesa,**

**Sovraffollamento delle strutture ospedaliere e dei pronti soccorsi,**

**Ridotta accessibilità alle cure per la popolazione più anziana e fragile.**

La gestione delle patologie croniche, che costituiscono in realtà la fetta più significativa del carico di lavoro sanitario, è particolarmente difficile proprio in scarsità numerica di un solido sistema di medicina territoriale specialmente di quella specialistica.

TABELLA

**RAPPORTO DI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI  
PER 1.000 ABITANTI E PER REGIONE**

Regione	Specialisti
Campania	0.49
Sardegna	0.40
Lazio	0.35
Molise	0.34
Calabria	0.30
Liguria	0.25
Umbria	0.25
Toscana	0.24
Emilia-Romagna	0.24
Puglia	0.24
Basilicata	0.22
Veneto	0.21
Sicilia	0.20
Abruzzo	0.19
Piemonte	0.19
Marche	0.18
Valle d'Aosta	0.14
Lombardia	0.11
Friuli-Venezia-Giulia	0.09
Trentino-Alto-Adige	0.09

È qui, infatti, che i medici specialisti ambulatoriali se valorizzati svolgerebbero un ruolo fondamentale, offrendo competenze specialistiche a livello locale e supportando i medici di medicina generale nel monitoraggio e nel trattamento delle condizioni croniche, specialmente quelle complesse riducendo numericamente anche i ricoveri evitabili.

### 1.3 Criticità e sfide attuali

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, tra le criticità più rilevanti del sistema sanitario italiano emerge la carenza di medici specialisti in diverse branche. Un recente rapporto della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha evidenziato come, nei prossimi dieci anni, l'Italia rischi di perdere ulteriori 80.000 medici a causa dei pensionamenti senza in questo numero comprendere i medici che si dimettono volontariamente oggi sempre più numerosi anche appena assunti.

Il 7° Rapporto GIMBE evidenzia una significativa carenza di medici sia di medicina generale che di specialisti in alcune branche, dovuta a diversi fattori tra cui:

- 1 **Carenza di medici di medicina generale (MMG)** Al 1° gennaio 2023, si stima una mancanza di 3.114 MMG con criticità maggiori nelle grandi regioni del Nord
- 2 **Carenza di pediatri di libera scelta (PLS)** Al 1° gennaio 2023, vi è una carenza di 827 PLS. Si nota una significativa saturazione di questi professionisti in diverse regioni, con Lombardia, Piemonte e Veneto che presentano il maggior deficit.
- 3 **Rapporto infermieri/medici basso** L'Italia ha un rapporto di 1,5 infermieri per medico, molto inferiore rispetto alla media OCSE di 2,6. Le Regioni con maggiori carenze sono quelle del Sud e quelle in Piano di Rientro.

TABELLA ATTUALE CARENZA DEI MMG, PLS ED INFERMIERI		
Sanitari	Carenza Stimata	Regioni più critiche
Medici di Medicina Generale (MMG)	3.114	Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna
Pediatri di Libera Scelta (PLS)	827	Lombardia, Piemonte, Veneto
Infermieri	60.000	Campania, Sicilia, Sud Italia

Negli ultimi anni, la carenza di medici specialisti in Italia è diventata una questione sempre più rilevante e urgente per il sistema sanitario nazionale.

Questa situazione riguarda quasi tutte le principali branche mediche, influenzando la qualità e la tempestività dei servizi offerti ai pazienti e il carico di lavoro dei professionisti sanitari attivi.

La tabella sotto riportata fornisce una panoramica delle principali aree mediche interessate da questo fenomeno, con stime sul numero di medici specialisti mancanti in ciascuna branca.

TABELLA ATTUALE CARENZA DI MEDICI SPECIALISTI PER BRANCA	
Branca Specialistica	Carenza Stimata di Medici Specialisti
Medicina d'urgenza	4.000 - 5.000
Anestesia e Rianimazione	3.500 - 4.000
Pediatria	2.500 - 3.000
Geriatrics	1.500 - 2.000
Medicina Interna	2.000 - 2.500
Radiologia	1.000 - 1.500
Cardiologia	1.500 - 2.000
Psichiatria	1.000 - 1.500
Ortopedia e Traumatologia	1.000 - 1.500
Ginecologia e Ostetricia	1.500 - 2.000
Chirurgia Generale	1.000 - 1.500
Neurologia	500 - 1.000
Medicina di laboratorio	800 - 1.200
Oftalmologia	800 - 1.200
Nefrologia	600 - 1.000
Oncologia	1.000 - 1.500
Ematologia	600 - 1.000
Endocrinologia	500 - 1.000
Dermatologia	500 - 1.000
Medicina del lavoro	500 - 1.000
Malattie Infettive	500 - 1.000
Urologia	600 - 1.000
Chirurgia Plastica	300 - 500
Chirurgia Vascolare	300 - 500
Chirurgia Toracica	300 - 500
Medicina Fisica e Riabilitativa	500 - 1.000
Otorinolaringoiatria	200 - 400
Medicina Nucleare	300 - 500
Medicina Legale	200 - 400
Tossicologia	200 - 400
Chirurgia Maxillo-Facciale	300 - 500

Tra le specialità maggiormente colpite spiccano la medicina d'urgenza, l'anestesia e rianimazione e la pediatria, con una carenza stimata che varia da 2.500 a oltre 5.000 professionisti. Anche la radiologia, la cardiologia e la psichiatria mostrano un bisogno significativo di personale.

Queste cifre non solo rappresentano una sfida per il sistema sanitario, ma riflettono anche le difficoltà incontrate dalle strutture sanitarie nel reclutare nuovi specialisti, a causa di una combinazione di fattori.

Tra questi figurano il numero insufficiente di borse di studio per le specializzazioni, la tendenza dei medici a cercare opportunità lavorative all'estero e il crescente numero di cause legali nei confronti dei professionisti che ha reso alcune specialità meno attraenti per i giovani laureati in medicina.

La risoluzione di questa crisi richiede una pianificazione a lungo termine che coinvolga l'aumento delle risorse destinate alla formazione specialistica, la revisione delle condizioni lavorative dei medici e un'integrazione più efficace tra ospedale e territorio per garantire una distribuzione ottimale dei professionisti sanitari.

In particolare sono segnalate difficoltà nel coprire i posti di specializzazione in alcune branche considerate essenziali.

TABELLA

**ASSEGNAZIONE DEI POSTI PER I CORSI DI SPECIALIZZAZIONE 2024**

Specializzazione	% Assegnazione posti	Deficit stimato di personale
Microbiologia	11	Molto alto
Patologia clinica e biochimica clinica	15	Molto alto
Radioterapia	19	Alto
Medicina e cure palliative	23	Molto alto
Medicina nucleare	28	Alto
Medicina d'emergenza-urgenza	30	Alto
Anatomia patologica	50	Moderato
Chirurgia generale	52	Moderato

Un altro fattore critico è rappresentato dalla crescente tendenza dei medici a trasferirsi all'estero.

Secondo i dati forniti dall'Associazione Italiana Giovani Medici (SIGM), negli ultimi dieci anni circa 18.000 giovani medici hanno lasciato definitivamente il Paese in cerca di migliori condizioni lavorative confermato anche dai dati della FNOM-CeO.

Questo fenomeno, spesso definito come "fuga di cervelli", ha radici profonde legate inizialmente all'insufficienza delle borse di specializzazione ma soprattutto alle difficoltà di trovare una collocazione stabile, specialmente per alcune branche specialistiche nel mercato del lavoro nazionale che soddisfi i giovani colleghi sia economicamente che come prospettive di carriera.

Inoltre l'aumento del contenzioso medico-legale, soprattutto in alcune branche come la medicina e chirurgia d'urgenza, la chirurgia e l'ostetricia, ha determinato una maggiore prudenza diagnostica e terapeutica con il conseguente ricorso, con scopo difensivo preventivo a procedure e analisi soprattutto strumentali, spesso non strettamente necessarie.

Ciò non solo aumenta i costi per il sistema sanitario, valutabile in circa 13 miliardi anno, ma contribuisce a creare un clima di insicurezza che allontana molti giovani medici dalle specialità più esposte al rischio di cause legali andando all'estero dove è presente la depenalizzazione dell'atto medico.

<b>TABELLA MEDICI TRASFERITI OGNI ANNO DEFINITIVAMENTE ALL'ESTERO</b>		
<b>Anno</b>	<b>Medici Trasferiti</b>	<b>Totale Cumulativo</b>
2008	1.350	1.350
2009	1.400	2.750
2010	1.450	4.200
2011	1.500	5.700
2012	1.600	7.300
2013	1.650	8.950
2014	1.700	10.650
2015	1.750	12.400
2016	1.800	14.200
2017	1.850	16.050
2018	1.900	17.950
2019	1.950	19.900
2020	2.000	21.900
2021	2.100	24.000
2022	2.300	26.300
2023	2.500	28.800

La pandemia di COVID-19 ha accentuato queste criticità, mettendo sotto pressione le strutture sanitarie e soprattutto il personale.

In conclusione, considerando quanto sinora detto, è diventato ormai evidente che senza provvedimenti che rendano maggiormente attrattivo il SSN, senza il potenziamento della attuale medicina territoriale che come abbiamo visto è ancora oggi come nel passato, sempre bistrattata e che se fosse potenziata sarebbe in grado di gestire i casi meno gravi e le patologie croniche, gli ospedali rischiano di essere ancora una volta travolti e non solo nel caso di nuove emergenze sanitarie ma per mancanza del necessario filtro.

2

## La programmazione in sanità

### 2.1 Definizione di programmazione

La programmazione sanitaria è quel processo strategico e operativo indispensabile che consiste nel pianificare l'offerta di servizi e prestazioni in base ai bisogni della popolazione.

Essa include la definizione degli obiettivi di salute, l'allocazione delle risorse, la formazione del personale e l'organizzazione dei servizi in modo da rispondere alle esigenze attuali e future della società.

Una programmazione efficace richiede una visione a lungo termine che prenda in considerazione i cambiamenti demografici, come l'invecchiamento della popolazione e quelli epidemiologici, come la crescita delle malattie croniche.

Inoltre è necessario adottare strumenti di raccolta e analisi dei dati per monitorare costantemente l'evoluzione della domanda sanitaria e adattare l'offerta di conseguenza.

### 2.2 Dati epidemiologici e demografici

Uno degli aspetti fondamentali della programmazione sanitaria è l'analisi dei dati epidemiologici e demografici.

In Italia l'aspettativa di vita ha raggiunto in media gli 83 anni e il numero di persone di età superiore ai 65 anni rappresenta circa il 23% della popolazione (ISTAT, 2023).

TABELLA

SPERANZA DI VITA DAL 2018 AL 2023 E PROIEZIONE AL 2035 IN ANNI

Anno	Media	Uomini	Donne
2018	82.7	80.8	84.6
2019	82.8	80.9	84.7
2020	82.0	80.0	84.0
2021	82.4	80.4	84.4
2022	82.6	80.6	84.6
2023	82.8	80.8	84.8
2025	83.2	81.2	85.1
2030	83.7	81.7	85.7
2035	84.1	82.1	86.2
2040	84.5	82.5	86.5

Questa tendenza ha implicazioni profonde sul sistema sanitario poiché l'invecchiamento comporta un aumento della prevalenza di patologie croniche come diabete, malattie cardiovascolari, patologie respiratorie e neoplasie.

L'aumento delle malattie croniche richiede un modello di assistenza che vada oltre la cura episodica della fase acuta.

È necessario adottare un approccio di gestione integrata della malattia, che preveda la continuità delle cure attraverso un'efficace interazione tra ospedale e territorio.

In questo contesto i medici specialisti ambulatoriali rivestono un ruolo essenziale



nel monitoraggio e nella gestione delle condizioni croniche, contribuendo a prevenire le complicanze e a migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Per una corretta programmazione è altresì fondamentale tenere conto della distribuzione geografica della popolazione.

Le zone rurali e le aree interne, caratterizzate da una maggiore dispersione della popolazione e da un accesso limitato ai servizi sanitari, richiedono una pianificazione specifica per garantire un'assistenza adeguata.

La carenza di strutture e personale in queste aree rende necessario l'impiego di soluzioni innovative, come la telemedicina, per ridurre le disuguaglianze territoriali, ma queste devono garantire la sicurezza per i pazienti e per chi le utilizza professionalmente con norme che ne regolino l'utilizzo e l'autorizzazione legata alle caratteristiche che devono essere standardizzate e chiare.

---

## 2.3 Strategie di programmazione a lungo termine

Per affrontare le sfide attuali e future la programmazione sanitaria deve essere orientata a lungo termine e basata su una solida analisi dei dati.

Tra le strategie proposte per migliorare la programmazione rientrano:

1

### Sviluppo di una rete di medicina territoriale

Implementare una rete di servizi sanitari territoriali che sia in grado di fornire assistenza specialistica direttamente nelle comunità, riducendo così il carico sulle strutture ospedaliere.

Gli ambulatori specialistici nelle case della comunità dovrebbero essere potenziati per gestire i pazienti cronici, offrendo visite specialistiche, esami diagnostici e servizi di follow-up.

2

### Uso dei big data e dell'intelligenza artificiale

L'adozione di strumenti di analisi dei dati può supportare la programmazione sanitaria, fornendo informazioni dettagliate sulla distribuzione delle patologie, sul consumo dei servizi e sulle tendenze epidemiologiche.

L'intelligenza artificiale può essere utilizzata per prevedere la domanda di servizi sanitari facilitando così l'allocazione delle risorse.

3

### Formazione e aggiornamento del personale

Una parte essenziale della programmazione riguarda la formazione dei medici territoriali e degli operatori sanitari del territorio.

Occorre prevedere percorsi formativi continui che preparino i professionisti ad affrontare le sfide dell'assistenza territoriale e dell'integrazione tecnologica nella pratica clinica.

4

### Integrazione tra ospedale e territorio

Creare una sinergia tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali è fondamentale per una gestione ottimale del paziente.

La programmazione deve prevedere percorsi diagnostico-terapeutici integrati, in cui il paziente sia seguito in modo continuo dal primo accesso all'assistenza territoriale fino all'eventuale ricovero ospedaliero e al successivo follow-up.

3

## Il fabbisogno sanitario

### 3.1 Analisi del fabbisogno reale

Il fabbisogno sanitario è l'elemento chiave per la corretta pianificazione dei servizi sanitari. Per affrontare efficacemente le esigenze di una popolazione è necessario partire da una valutazione precisa del fabbisogno reale che tenga conto della struttura demografica, dell'incidenza delle patologie, della diffusione delle malattie croniche e delle disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure.

TABELLA

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E RAPPORTO OVER65/UNDER 14

Anno	Over 65 (%)	Under 14 (%)	Over 65/Under 14
2018	23,2	13,5	1,72
2019	23,6	13,4	1,76
2020	24,1	13,3	1,81
2021	24,5	13,2	1,86
2022	24,9	13,1	1,9
2023	25,4	13	1,95
2050	34,0	11,5	2,96

#### Spiegazione dei dati:

**Popolazione Over 65 (%):** La percentuale della popolazione con età pari o superiore a 65 anni ha mostrato una crescita costante dal 2018 al 2023. Nel 2040 si prevede che gli over 65 rappresenteranno una quota considerevole della popolazione totale con un valore stimato attorno al 34%.

**Popolazione Under 14 (%):** La percentuale della popolazione con età inferiore ai 14 anni è in lieve calo, riflettendo una diminuzione delle nascite. Questa tendenza continuerà anche nel futuro, portando a un valore stimato dell'11,5% entro il 2040.

**Rapporto Over 65/Under 14:** Il rapporto tra la popolazione anziana (over 65) e quella giovanile (under 14) aumenta in modo costante. Questo indica un progressivo squilibrio demografico, che vedrà nel 2040 quasi tre anziani per ogni giovane sotto i 14 anni, con implicazioni significative per il sistema previdenziale e sanitario.

Il fabbisogno sanitario è definito, secondo il Ministero della Salute, come l'insieme delle risorse necessarie a garantire la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei cittadini. In pratica ciò si traduce nell'individuazione del numero e della tipologia di servizi necessari, nella stima del personale sanitario e dei mezzi tecnologici indispensabili per rispondere alla domanda di assistenza.

L'analisi del fabbisogno reale deve quindi essere continuamente aggiornata poiché la domanda di servizi sanitari è influenzata da diversi fattori:

#### ■ Evoluzione demografica

L'invecchiamento della popolazione aumenta la richiesta di cure specialistiche e di assistenza a lungo termine.

- 
- **Andamento epidemiologico**  
La diffusione di malattie croniche, di patologie rare e di malattie emergenti come quelle infettive richiede una revisione costante delle risorse disponibili.

---

  - **Aspettative dei cittadini**  
Con il progresso delle tecnologie mediche, cresce anche la richiesta di servizi più avanzati e personalizzati.  
Nel contesto italiano la carenza di medici specialisti rappresenta, pertanto, una delle principali sfide nella soddisfazione del fabbisogno; le liste d'attesa sono esclusivamente specialistiche, non altro.  
A seguito di un'analisi condotta con i dati del Ministero della Salute, il SUMAI Assoprof ha confermato le notevoli criticità in numerose branche specialistiche. Questo è dovuto, come abbiamo visto, alla mancata corrispondenza tra le esigenze di specializzazione del territorio e la programmazione dei posti di specializzazione negli ultimi anni che ha sensibilmente contribuito ad aggravare il problema ma anche l'aumento delle cause legali contro i medici in alcune branche (come la chirurgia e la medicina d'urgenza, l'ostetricia e la chirurgia generale), ha disincentivato i giovani medici a scegliere alcune di queste specialità generando un vuoto che ha un impatto diretto sulla qualità e la tempestività delle cure offerte ai pazienti.

---

## 3.2 **L'invecchiamento della popolazione e le patologie croniche**

Altro fattore determinante nell'aumento del fabbisogno sanitario è rappresentato dall'invecchiamento della popolazione.  
L'ISTAT stima che entro il 2050 circa il 34% della popolazione italiana avrà più di 65 anni. Questo cambiamento demografico ha conseguenze rilevanti sulla sanità, in quanto la popolazione anziana è maggiormente soggetta a patologie croniche che richiedono un'assistenza continua.

### **Tra le patologie croniche più comuni troviamo:**

- 
- **Malattie cardiovascolari**  
L'ipertensione arteriosa e le malattie cardiache sono tra le principali cause di mortalità nella popolazione anziana.

---

  - **Diabete**  
La crescente prevalenza del diabete, soprattutto di tipo 2, richiede un monitoraggio costante e un approccio multidisciplinare per la gestione delle complicanze.

---

  - **Patologie respiratorie**  
Le malattie croniche ostruttive come la BPCO richiedono interventi terapeutici e riabilitativi frequenti.

---

  - **Disturbi neurologici**  
Con l'aumento dell'età, cresce l'incidenza di malattie neurodegenerative come il morbo di Alzheimer e il Parkinson.

---

  - **Patologie Oncologiche**  
Le malattie oncologiche, a causa degli importanti progressi raggiunti nelle terapie possono essere annoverate anch'esse tra le malattie croniche.  
La gestione di queste patologie richiede un approccio integrato e multidisciplinare.

re, con un ruolo centrale per i medici specialisti ambulatoriali territoriali nella diagnosi precoce, nel monitoraggio e nella personalizzazione delle terapie. Oltre all'assistenza territoriale nelle strutture sanitarie è inoltre necessario anche potenziare i servizi di assistenza domiciliare, per ridurre il ricorso improprio all'ospedale e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

### 3.3

## Prevalenza delle Patologie Croniche ed Oncologiche e loro Impatto Economico

Le patologie croniche e oncologiche rappresentano una delle principali sfide per i sistemi sanitari nazionali, a causa della loro elevata prevalenza e dei costi significativi che esse comportano in termini di trattamenti a lungo termine, assistenza sanitaria e perdita di produttività.

La tabella riportata in seguito fornisce una panoramica delle principali patologie croniche e oncologiche, evidenziandone la prevalenza nella popolazione italiana e stimando i costi economici associati.



### Prevalenza delle patologie croniche e oncologiche

La prevalenza delle malattie croniche varia considerevolmente in base alla patologia. Patologie come l'ipertensione arteriosa, che colpisce circa il 25-30% della popolazione, o le malattie cardiovascolari, che interessano una fetta rilevante della popolazione adulta, sono tra le condizioni più diffuse. D'altra parte le malattie oncologiche pur interessando una percentuale inferiore (5-6%) comportano costi molto più elevati a causa della complessità delle terapie e della necessità di cure continue e spesso molto specializzate.



### Impatto economico

L'impatto economico delle patologie croniche e oncologiche è significativo. I costi diretti derivano principalmente dalla gestione della malattia, incluse le spese per farmaci, ospedalizzazione, trattamenti specialistici e assistenza domiciliare.

I costi indiretti includono invece la perdita di produttività, l'incapacità lavorativa e l'assenza dal lavoro dei pazienti o dei loro caregiver.

Per esempio, le neoplasie maligne richiedono una gestione complessa e intensiva, con un costo annuo stimato per paziente che può arrivare fino a 25.000 euro, portando il costo totale per il sistema sanitario a valori compresi tra 20 e 25 miliardi di euro.

Similmente, malattie croniche come il diabete, che colpiscono tra il 5% e l'8% della popolazione, possono generare un costo annuo per paziente di 3.000-5.000 euro, con un impatto economico complessivo di 9-12 miliardi di euro.

**TABELLA COSTO ANNUO PER PAZIENTE PER PATOLOGIA**

Patologia	Prevalenza % della popolazione	Costo annuo stimato per paziente (€)	Costo totale stimato (€)
Diabete Mellito	5-8%	3.000-5.000	9-12 miliardi
Malattie cardiovascolari	10-12%	5.000-7.000	15-20 miliardi
BPCO Broncopneumopatia cronica ostruttiva	4-6%	2.000-3.000	3-4 miliardi
Ipertensione arteriosa	25-30%	500-1.500	8-10 miliardi
Insufficienza renale cronica	1-2%	10.000-15.000	1-3 miliardi
Neoplasie maligne (Oncologia)	5-6%	15.000-25.000	20-25 miliardi
Malattie reumatiche croniche	8-10%	1.500-2.500	2-4 miliardi
Malattie neurologiche degenerative	2-3%	8.000-12.000	5-8 miliardi
Patologie psichiatriche	7-9%	2.000-4.000	6-9 miliardi

**Note:**

**La prevalenza** si riferisce alla percentuale della popolazione che soffre di una specifica patologia in un determinato periodo di tempo.

**Il costo annuo stimato per paziente** riflette una media approssimativa dei costi diretti e indiretti associati alla gestione di ciascuna patologia.

**Il costo totale stimato** rappresenta l'impatto economico complessivo che ogni patologia ha sul sistema sanitario e sull'economia del paese, in base ai tassi di prevalenza e al costo per paziente.

Queste cifre mettono in luce l'urgenza di affrontare queste malattie non solo attraverso politiche di prevenzione, ma anche con una gestione integrata delle cure, migliorando l'efficienza dei servizi sanitari e promuovendo approcci innovativi, come l'utilizzo dell'intelligenza artificiale per la diagnosi precoce e la personalizzazione delle terapie. Un'attenzione particolare va rivolta anche alla promozione di stili di vita salutari per ridurre il rischio di sviluppare queste patologie, oltre che al potenziamento della medicina territoriale e della continuità assistenziale.

La crescente incidenza delle patologie croniche e oncologiche, combinata con l'aumento dei costi sanitari, richiede un approccio strategico per assicurare la sostenibilità dei sistemi sanitari e garantire l'accesso a cure di qualità per tutti i pazienti.

### 3.4

## Distribuzione delle risorse umane e specialistiche

La distribuzione delle risorse umane e specialistiche sul territorio italiano, come già evidenziato in precedenza, è caratterizzata da forti carenze e disomogeneità.

Secondo lo studio della FNOMCeO, già citato in precedenza, alcune regioni presentano un eccesso di medici in determinate specialità mentre altre soffrono di gravi carenze. Ad esempio, la Lombardia e l'Emilia-Romagna vantano un numero adeguato anche se non ottimale di specialisti in radiologia e medicina d'urgenza, mentre la Calabria e la Sicilia risultano particolarmente carenti.

Questa disomogeneità è aggravata dalla tendenza dei medici a concentrarsi nelle aree metropolitane dove le opportunità di formazione e carriera sono maggiori.

Di conseguenza le zone rurali e le aree interne del Paese spesso rimangono prive di un numero sufficiente di specialisti con un impatto negativo sulla salute delle popolazioni locali.

Per riequilibrare la distribuzione delle risorse umane, il SUMAI Assoprof propone:

---

■ **Incentivi economici e professionali:**  
Offrire incentivi economici e opportunità di formazione per incoraggiare i medici a lavorare nelle aree carenti.  
Questi incentivi potrebbero includere agevolazioni fiscali sia per i medici dipendenti ma anche per gli specialisti ambulatoriali interni, accesso prioritario a corsi di formazione continua e percorsi di carriera accelerati.

---

■ **Telemedicina e consulenza a distanza**  
Sviluppare servizi di telemedicina per consentire la consulenza specialistica a distanza nelle zone meno servite, in particolare per il monitoraggio dei pazienti cronici e per la diagnosi precoce delle patologie.

---

■ **Creazione di reti territoriali**  
Promuovere la creazione di reti territoriali di assistenza che coinvolgano i medici specialisti ambulatoriali, i medici di medicina generale e le strutture ospedaliere, al fine di garantire una presa in carico integrata dei pazienti.

L'ottimizzazione della distribuzione delle risorse umane e specialistiche è un passaggio essenziale per garantire un sistema sanitario equo ed efficiente.

È necessario creare un criterio affidabile per calcolare il reale fabbisogno di medici specialisti, sviluppando un approccio che tenga conto di variabili complesse come l'epidemiologia e l'incidenza delle malattie, differente rispetto al calcolo per medici di medicina generale, pediatri e infermieri, dove il numero di professionisti è strettamente correlato alla popolazione residente.

---

## Passaggi per lo sviluppo di un criterio:

---

**A** **Analisi epidemiologica dettagliata:**  
Ogni specialità medica è strettamente legata a patologie specifiche. Pertanto, per determinare il fabbisogno di medici specialisti, è necessario valutare:

- **Incidenza e prevalenza** delle malattie trattate da quella specifica specialità.
- **Trend di invecchiamento della popolazione**, considerando che malattie croniche e patologie legate all'età (ad es. oncologia, cardiologia) aumentano con l'invecchiamento della popolazione.
- **Distribuzione geografica** delle patologie. Ad esempio, malattie cardiovascolari potrebbero richiedere un numero maggiore di specialisti in regioni con un'incidenza più alta.

---

**B** **Storico di accessi e richieste assistenziali**  
Analizzare i dati storici relativi agli accessi per visite specialistiche ambulatoriali ma anche che valuti i ricoveri ospedalieri in base alle varie patologie, considerando quindi la durata dei trattamenti e le necessità di follow-up.  
Questo può essere un indicatore per capire quanti medici specialisti sono stati necessari in passato e proiettarlo nel futuro.

---

**C** **Flussi di mobilità sanitaria**  
Considerare la mobilità dei pazienti per valutare le regioni in cui vi è una carenza o un surplus di specialisti.  
Le regioni con alti flussi di pazienti verso altre regioni o paesi potrebbero richiedere un incremento di specialisti locali.

D

### Carico di lavoro per specialità

Stimare il tempo medio richiesto per trattare un paziente in ciascuna specialità e il carico di lavoro che un medico può gestire in un anno compresi i casi acuti, i follow-up e la gestione cronica. Questo dato permette di stimare quanti specialisti siano necessari per garantire un servizio di qualità, evitando sovraccarichi eccessivi per il personale esistente a tutela soprattutto dei pazienti.

E

### Proiezioni demografiche ed evoluzione tecnologica

- **Proiettare le tendenze** demografiche per comprendere come queste influenzeranno la richiesta di cure specialistiche nei prossimi decenni.
- **Tenere conto** dell'evoluzione tecnologica e dei nuovi trattamenti disponibili che potrebbero ridurre il fabbisogno di specialisti in alcuni settori (grazie all'automazione o alla medicina personalizzata) e aumentarlo in altri (ad esempio per la gestione di nuove patologie emergenti).

F

### Coinvolgimento degli esperti di settore

Coinvolgere i professionisti delle varie branche specialistiche, che conoscono a fondo le necessità e le difficoltà del loro campo, per stimare i fabbisogni futuri. Questo può includere sindacati, associazioni professionali e accademiche.

G

### Flessibilità regionale

Adattare il calcolo del fabbisogno tenendo conto delle specificità regionali: densità di popolazione, tasso di invecchiamento, caratteristiche socioeconomiche e disponibilità delle strutture sanitarie locali.

## Esempio di criteri di calcolo:

A

### Numero di specialisti per abitante

Stabilire un numero base di specialisti per ogni 100.000 abitanti per malattie comuni (ad esempio, cardiologi o oncologi), considerando l'incidenza di tali patologie nella popolazione generale.

B

### Incidenza malattia-specifica

In aggiunta al criterio sopra, calcolare il numero di specialisti necessario in funzione dell'incidenza delle malattie nel territorio. Ad esempio, in una regione con elevata prevalenza di malattie respiratorie, il numero di pneumologi potrebbe essere maggiore rispetto alla media nazionale.

C

### Proiezioni di lungo termine

Considerare le proiezioni demografiche ed epidemiologiche per calcolare il fabbisogno futuro, prevedendo aumenti o cali in determinati settori in base all'evoluzione della popolazione e dell'incidenza delle malattie.

Pertanto il calcolo del fabbisogno di medici specialisti richiede un approccio multifattoriale, integrando dati epidemiologici, proiezioni demografiche e trend di incidenza delle malattie. Questa metodologia garantisce che il sistema sanitario possa essere dimensionato correttamente per far fronte alle necessità della popolazione e ridurre il rischio di carenze in settori critici.

Lo scorso anno, durante il 55° congresso nazionale, abbiamo presentato nel libro "Medici specialisti. Situazione al 2021 e previsione al 2030" una modalità di lavoro per calcolare il fabbisogno sia teorico che ponderato di specialisti sia territoriali che ospedalieri.

4

## La progettazione di un sistema sanitario sostenibile

### 4.1 La Prevenzione nella Sanità Pubblica

La prevenzione rappresenta uno degli aspetti fondamentali della sanità pubblica e del sistema sanitario nel suo complesso.

Essa si suddivide in tre principali livelli: prevenzione primaria, secondaria e terziaria, ciascuno dei quali svolge un ruolo essenziale nel mantenimento della salute e nella riduzione dell'incidenza e della gravità delle malattie.

Investire nella prevenzione ha ripercussioni positive non solo sulla salute individuale, ma anche sull'efficienza e sostenibilità del sistema sanitario. Ridurre l'incidenza delle malattie significa ridurre la pressione sui servizi di cura e assistenza, consentendo una gestione più equa e sostenibile delle risorse.

Inoltre, la prevenzione ha una forte valenza economica. Studi dimostrano che per ogni euro speso in prevenzione si risparmia molto di più in termini di costi futuri legati al trattamento delle malattie. Tuttavia, per ottenere risultati significativi, la prevenzione deve essere sostenuta da politiche sanitarie efficaci, risorse adeguate e un forte impegno da parte delle istituzioni.

Nonostante i benefici riconosciuti della prevenzione, ci sono ancora diverse sfide che limitano la sua piena attuazione. Tra queste vi sono la mancanza di investimenti, la scarsa consapevolezza pubblica e l'accesso limitato ai servizi di prevenzione in alcune aree, soprattutto nelle regioni meno sviluppate o rurali.

Tuttavia la crescente attenzione verso il benessere globale e l'adozione di nuove tecnologie, come l'intelligenza artificiale e la telemedicina, aprono nuove prospettive per migliorare l'efficacia della prevenzione. Le tecnologie digitali possono facilitare la diagnosi precoce, il monitoraggio continuo dei pazienti e la personalizzazione delle campagne di prevenzione, raggiungendo in modo più capillare le diverse fasce della popolazione.

La prevenzione rappresenta un pilastro essenziale per la salute pubblica e l'intero sistema sanitario. Un approccio preventivo efficace, supportato da politiche e investimenti adeguati, non solo migliora la salute della popolazione, ma rende anche più sostenibile e resiliente il sistema sanitario. La promozione della prevenzione, attraverso campagne educative, innovazioni tecnologiche e accesso equo ai servizi, rappresenta una delle sfide principali e, al contempo, una grande opportunità per il futuro della sanità.

### 4.2 Nuove tecnologie e innovazione

La progettazione di un sistema sanitario sostenibile e moderno passa necessariamente attraverso l'adozione di nuove tecnologie.

L'intelligenza artificiale (IA) e la telemedicina rappresentano alcune delle innovazioni più promettenti, in grado di trasformare l'assistenza sanitaria, migliorare l'efficienza dei processi e offrire soluzioni personalizzate ai pazienti.

**L'intelligenza artificiale può essere utilizzata esclusivamente come ausilio e strumento a supporto del medico in vari ambiti:**



- 
- **Diagnostica**  
L'IA permette di analizzare grandi quantità di dati clinici, come immagini radiologiche o segnali elettrocardiografici, identificando in modo rapido e accurato anomalie che possono indicare la possibile presenza di patologie.

---

  - **Pianificazione delle risorse**  
Attraverso l'analisi dei dati epidemiologici e demografici, l'IA può contribuire a prevedere la domanda di servizi sanitari e a ottimizzare l'allocazione delle risorse, riducendo le inefficienze.

---

  - **Gestione delle terapie:**  
L'IA può supportare i medici nella personalizzazione delle terapie, analizzando le risposte dei pazienti ai trattamenti e suggerendo eventuali interazioni e aggiustamenti per migliorarne l'efficacia.

---

**La telemedicina rappresenta un altro pilastro dell'innovazione in sanità. Essa consente di superare le barriere geografiche, offrendo servizi di consulenza, monitoraggio e assistenza a distanza.**

Durante la pandemia, la telemedicina si è rivelata uno strumento fondamentale per garantire la continuità delle cure, in particolare per i pazienti cronici.

La sua applicazione su larga scala potrebbe ridurre i tempi di attesa, migliorare la gestione dei pazienti a domicilio e ottimizzare l'utilizzo delle risorse specialistiche.

Per integrare queste tecnologie nella pratica clinica è necessario un investimento nella formazione dei professionisti sanitari affinché acquisiscano le competenze necessarie per utilizzare efficacemente i nuovi strumenti.

Inoltre, l'adozione di tecnologie digitali richiede una progettazione accurata dei sistemi di gestione dei dati, per garantire la sicurezza e la privacy delle informazioni cliniche.

## 4.3 Interconnessione tra ospedale e territorio

Un sistema sanitario sostenibile deve garantire una stretta interconnessione tra gli ospedali e i servizi territoriali.

L'attuale frammentazione dei percorsi assistenziali è una delle principali cause di inefficienza e di sovraccarico delle strutture ospedaliere ma che non si può certo risolvere, come accade in molte realtà regionali, con l'ospedale che va nel territorio, altrimenti si ritorna, ancora una volta, nonostante una importante carenza di personale sanitario sia ospedaliero che territoriale, ad una sanità ospedale-centrica che ha già mostrato i suoi limiti durante l'emergenza pandemica.

**Il modello di sanità integrata** proposto dal Sumai Assoprof prevede la creazione di reti di assistenza che coinvolgano medici specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale, ospedali e servizi domiciliari.

In questo modello, l'ospedale con la sua équipe di professionisti si occupa dei casi più complessi e acuti che necessitano di ricovero, mentre i servizi territoriali con le loro équipe di professionisti, gestiscono i pazienti cronici non bisognosi di ospedalizzazione offrendo un'assistenza continua e personalizzata.

**L'interconnessione tra ospedale e territorio può essere realizzata attraverso:**

- **Percorsi diagnostico-terapeutici integrati**  
Creare percorsi specifici per le diverse patologie, che prevedano una presa in carico multidisciplinare del paziente, dalla diagnosi al follow-up.
- **Utilizzo dei sistemi informativi**  
Implementare sistemi informatici che permettano la condivisione delle informazioni cliniche tra i vari livelli assistenziali, facilitando il coordinamento delle cure e riducendo il rischio di errori o duplicazioni.
- **Ambulatori specialistici nelle Case della Comunità Hub e Spoke**  
Prevedere nelle Case della Comunità hub e spoke gli ambulatori specialistici mediante le AFT della specialistica ambulatoriale, in particolare nelle aree più carenti, per offrire un punto di riferimento anche specialistico nel territorio e ridurre il ricorso inappropriato nei Pronto Soccorso e negli ospedali.

## 4.4 Formazione continua del personale sanitario

La formazione continua è un elemento cruciale per il successo di qualsiasi modello di sanità moderna e sostenibile. I rapidi cambiamenti nella pratica clinica e l'introduzione di nuove tecnologie richiedono che tutti i professionisti sanitari siano costantemente aggiornati.

**Il Sumai Assoprof propone la creazione di un sistema di formazione continua che includa:**

- **Percorsi di aggiornamento tecnologico:**  
Corsi specifici sull'uso dell'intelligenza artificiale, della telemedicina e dei sistemi di gestione dei dati clinici.
- **Corsi sulle patologie emergenti**  
Moduli formativi focalizzati sulle nuove sfide epidemiologiche, come le malattie infettive emergenti e le patologie croniche legate all'invecchiamento della popolazione.
- **Workshop multidisciplinari**  
Incontri e workshop che promuovano la collaborazione tra i diversi professionisti della salute, favorendo un approccio integrato alla gestione dei pazienti e all'uso della medicina di precisione.

5

## Specialistica ambulatoriale e i rapporti con la medicina generale

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano ha rappresentato a lungo un modello di eccellenza per l'universalità dell'accesso alle cure, tuttavia, negli ultimi decenni, è emerso un progressivo deterioramento.

Tagli finanziari e una gestione non ottimale delle risorse hanno evidenziato criticità, esacerbate dalla pandemia di COVID-19. In questo contesto la cooperazione tra medicina generale e specialistica ambulatoriale è diventata, ora più che mai, un fattore determinante per migliorare l'efficienza della sanità territoriale.

---

### Il Ruolo della Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna

La specialistica ambulatoriale convenzionata interna svolge un ruolo cruciale sia nella prevenzione mediante screening specialistici che nella gestione delle patologie fornendo, nelle strutture pubbliche e a domicilio, prestazioni specialistiche che evitano il ricorso all'ospedalizzazione, come visite specialistiche, esami diagnostici e trattamenti terapeutici.

Questo sistema consente una gestione più rapida ed efficace dei pazienti sul territorio riducendo l'affollamento ospedaliero e abbattendo i costi associati a ricoveri non necessari.

---

### Disparità Regionali

In Italia esistono notevoli differenze regionali nella distribuzione degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

Questa disparità, insieme alla mobilità sanitaria da Sud a Nord, contribuisce all'accesso disomogeneo alle cure.

**TABELLA DISPARITÀ REGIONALI**

Regione	Popolazione totale (milioni)	Specialisti ambulatoriali	Abitanti per specialista	Ore annue	Rapporto ore annue per abitante
Abruzzo	1,30	342	380,12	319.535	2,46
Basilicata	0,56	117	478,63	141.214	2,52
Calabria	1,90	544	349,26	762.163	4,01
Campania	5,80	2.751	210,83	4.346.328	7,49
Emilia-Romagna	4,40	1.051	418,65	1.479.120	3,36
Friuli-Venezia Giulia	1,20	105	1.142,86	127.132	1,06
Lazio	5,80	2.016	287,70	2.163.876	3,73
Liguria	1,50	381	393,70	531.930	3,55
Lombardia	10,10	1.088	928,31	1.223.965	1,21
Marche	1,50	264	568,18	318.278	2,12
Molise	0,30	97	309,28	112.054	3,74
Piemonte	4,30	824	521,84	893.925	2,08
Puglia	4,00	973	411,10	1.323.442	3,31
Sardegna	1,60	630	253,97	633.457	3,96
Sicilia	5,00	967	517,06	1.247.576	2,50
Toscana	3,70	862	429,23	1.231.645	3,33
Trentino-Alto Adige	1,10	93	1.182,80	113.144	1,03
Umbria	0,90	210	428,57	265.074	2,95
Valle d'Aosta	0,13	17	764,71	24.073	1,85
Veneto	4,90	1.005	487,56	1.331.405	2,72
<b>ITALIA</b>	<b>59,99</b>	<b>14.337</b>	<b>418,43</b>	<b>18.589.336</b>	<b>3,10</b>

## Il Ruolo della Telemedicina

La pandemia ha accelerato l'adozione della telemedicina come strumento per garantire la continuità delle cure, riducendo le barriere geografiche e migliorando la gestione delle patologie croniche. Nonostante ciò è necessario continuare a investire in tecnologie e formazione per ottimizzare i benefici della telemedicina che, oltre ad eliminare le distanze tra medico e paziente, andrebbe a favorire anche il rapporto ed il confronto tra specialisti ambulatoriali, specialisti ospedalieri e medici di medicina generale portando ad una maggiore appropriatezza ed efficienza..

## Rapporti tra Specialistica Ambulatoriale e Medicina Generale

La collaborazione tra medicina generale e specialistica ambulatoriale è da sempre essenziale per garantire la continuità terapeutica. Modelli come le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) favoriscono sicuramente l'integrazione tra i vari professionisti sanitari, migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo i tempi di attesa.

## Superamento del Modello Tradizionale del Medico di Medicina Generale

Il modello tradizionale del medico di medicina generale che lavora in isolamento non è più adeguato ma non il rapporto giuridico che invece deve essere privilegiato per la sua adattabilità al territorio. L'integrazione delle AFT della medicina generale con gli specialisti e l'adozione di tecnologie come la telemedicina rappresentano il futuro della medicina territoriale, garantendo una risposta più tempestiva e coordinata ai bisogni di salute della popolazione.

---

## Carenza di Personale e Attrattività

La carenza di medici specialisti, aggravata dalla pandemia, rappresenta una delle principali sfide del sistema sanitario italiano.

Molti giovani medici preferiscono lavorare all'estero per le migliori condizioni di lavoro contribuendo in questo modo alla carenza di personale sanitario qualificato.

---

## Sfide Regionali e Disuguaglianze

La disomogeneità nella distribuzione degli specialisti e la mobilità sanitaria evidenziano le profonde disuguaglianze regionali.

Il rafforzamento della sanità territoriale, supportato da politiche mirate a ridurre le disparità, è una priorità.

---

## Proposte di Riforma

Il rafforzamento della sanità territoriale, l'incremento degli specialisti convenzionati interni (nelle varie branche necessarie per la prevenzione) e la presa in carico dei pazienti cronici con l'adozione della telemedicina sono tra le soluzioni proposte per migliorare il sistema. La riforma richiede investimenti in formazione e una maggiore integrazione tra i diversi livelli di assistenza.

6

## Specialistica ambulatoriale interna territoriale e Specialistica ospedaliera

La distinzione tra specialistica ambulatoriale convenzionata interna e ospedaliera è fondamentale per comprendere come queste due forme di assistenza sanitaria possano completarsi a vicenda. La specialistica ambulatoriale opera principalmente a livello territoriale, mentre quella ospedaliera si concentra sui trattamenti più complessi che richiedono strutture e attrezzature avanzate.

---

### Ruolo della Specialistica Ambulatoriale

La specialistica ambulatoriale consente di gestire i casi meno complessi direttamente sul territorio, evitando il ricorso alle strutture ospedaliere.

I Medici specialisti ambulatoriali intervengono su patologie croniche e condizioni stabili che non necessitano di ricovero ospedaliero, in equipe con le altre professioni sanitarie, offrendo visite, esami e terapie a livello locale.

Questo riduce la pressione sugli ospedali e garantisce un'assistenza più tempestiva e vicina ai pazienti.

---

### Ruolo della Specialistica Ospedaliera

Gli specialisti ospedalieri sono chiamati a gestire i casi più gravi o acuti che richiedono oltre al ricovero, l'uso di attrezzature diagnostiche avanzate o interventi chirurgici complessi. La medicina specialistica ospedaliera si concentra su patologie che richiedono una degenza ospedaliera, un monitoraggio continuo o un trattamento intensivo. L'interazione tra ambulatoriale territoriale e ospedaliero è fondamentale per assicurare che i pazienti vengano indirizzati nei contesti più appropriati.

---

### Integrazione tra Specialistica Ambulatoriale Interna Territoriale e Ospedaliera

Per garantire un'efficienza ottimale, è essenziale che vi sia una stretta cooperazione tra specialisti ambulatoriali e ospedalieri. I pazienti devono essere seguiti in modo continuativo, con una gestione che possa essere trasferita senza soluzione di continuità tra territorio e ospedale, in modo che i casi complessi trovino risposta nel setting ospedaliero e i casi cronici siano seguiti dagli ambulatori.

---

### Sfide e Proposte di Integrazione

Le principali sfide per una migliore integrazione tra specialistica ambulatoriale e ospedaliera riguardano la condivisione dei dati clinici e la continuità assistenziale. Implementare un sistema informativo unificato che consenta il rapido trasferimento di informazioni tra ambulatori e ospedali è cruciale per migliorare il percorso di cura dei pazienti. Inoltre, sono necessari percorsi formativi integrati per tutti i professionisti coinvolti, volti a promuovere una cultura della collaborazione interprofessionale. L'integrazione tra specialistica ambulatoriale e ospedaliera è essenziale per un sistema sanitario moderno, efficiente e centrato sul paziente. Un'interazione ben strutturata tra questi due ambiti ridurrà i ricoveri non necessari e garantirà una gestione ottimale delle risorse.

7

## Specialistica ambulatoriale convenzionata interna e Specialistica privata accreditata

La distinzione tra la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e quella privata accreditata rappresenta un aspetto cruciale del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Da un lato, la specialistica ambulatoriale convenzionata interna include i medici specialisti che operano direttamente all'interno del SSN e offrono prestazioni garantite a tutti i cittadini. Dall'altro lato, la specialistica privata accreditata consiste in strutture sanitarie private che forniscono servizi su base convenzionata, ricevendo finanziamenti pubblici e operando sotto le direttive del SSN.

---

### Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna

La specialistica ambulatoriale convenzionata interna fa parte del cuore del SSN. Gli specialisti che operano in questo settore lavorano in ambulatori distribuiti sul territorio nazionale e offrono una vasta gamma di servizi sanitari, come visite specialistiche, esami diagnostici e trattamenti terapeutici, accessibili a tutti i cittadini grazie alle convenzioni con il SSN. La loro presenza garantisce una presa in carico continua dei pazienti con patologie croniche e complesse, contribuendo a ridurre il sovraffollamento delle strutture ospedaliere e alleggerendo il carico di lavoro dei medici di medicina generale.

---

### Specialistica Privata Accreditata

Le strutture private accreditate, pur essendo enti privati, forniscono servizi sanitari di pubblico interesse e operano come un'estensione del SSN.

TABELLA

**CENTRI CONVENZIONATI E OPERATORI**

Regione	Numero di Centri Convenzionati	Numero di Operatori
Abruzzo	150	1.200
Basilicata	80	600
Calabria	200	1.500
Campania	400	3.500
Emilia-Romagna	350	3.000
Friuli-Venezia Giulia	120	1.000
Lazio	500	4.500
Liguria	180	1.500
Lombardia	800	7.000
Marche	170	1.400
Molise	50	400
Piemonte	450	3.800
Puglia	350	3.200
Sardegna	220	1.800
Sicilia	450	3.900
Toscana	300	2.700
Trentino-Alto Adige	100	800
Umbria	90	700
Valle d'Aosta	30	200
Veneto	400	3.500
<b>ITALIA</b>	<b>5.390</b>	<b>46.200</b>

Queste strutture ricevono finanziamenti pubblici per erogare servizi sanitari che possono essere prenotati attraverso il sistema di prenotazione regionale (CUP), con gli stessi standard e regolamenti delle strutture pubbliche. Gli specialisti che vi operano spesso forniscono lo stesso tipo di prestazioni garantite nel settore pubblico, contribuendo alla gestione delle liste d'attesa e all'aumento della capacità del sistema sanitario.

## Incompatibilità tra Medici Specialisti Convenzionati Interni e Privati Accreditati

Attualmente, esiste una forte incompatibilità normativa che impedisce ai medici di lavorare contemporaneamente sia in strutture pubbliche che in quelle private accreditate. Questa situazione crea una separazione artificiale tra due settori che, in realtà, offrono lo stesso servizio di assistenza sanitaria e, se ben integrati, potrebbero migliorare notevolmente la qualità e l'efficienza del sistema sanitario.

La specializzazione privata accreditata, pur operando all'interno di un contesto privato, fornisce servizi con risorse pubbliche, e questo genera un paradosso: le strutture accreditate funzionano come parte del sistema sanitario pubblico, ma i medici che lavorano in tali contesti non possono operare contemporaneamente in strutture ospedaliere pubbliche. Questa incompatibilità limita la flessibilità operativa del sistema sanitario e contribuisce a mantenere separati due settori che potrebbero collaborare in modo più efficace.

## Superamento dell'Incompatibilità

Superare l'incompatibilità tra specialisti che operano nelle strutture pubbliche e quelli delle strutture private accreditate potrebbe portare a significativi miglioramenti nel SSN. Questo passaggio consentirebbe ai medici di operare in entrambi i contesti, aumentando così la disponibilità di specialisti per i pazienti e migliorando la continuità delle cure. I vantaggi di eliminare l'incompatibilità includono:



1

### **Aumento dell'Offerta di Medici**

Permettere ai medici di lavorare sia nelle strutture pubbliche che accreditate potrebbe contribuire a risolvere la carenza di personale, soprattutto in aree specialistiche particolarmente critiche come la medicina d'urgenza, radioterapia e medicina nucleare.

2

### **Uniformità tra Pubblico e Privato:**

Eliminando l'incompatibilità, si riconoscerebbe il ruolo pubblico svolto dalle strutture private accreditate, promuovendo una maggiore coerenza nella gestione del personale medico e garantendo un trattamento più equo per i professionisti che operano in entrambi i settori.

3

### **Integrazione dei Servizi**

Consentire ai medici di lavorare in entrambi i settori faciliterebbe una migliore integrazione tra specialistica ambulatoriale convenzionata interna e specialistica privata accreditata. Questo promuoverebbe una maggiore continuità assistenziale e permetterebbe una gestione più fluida dei pazienti, riducendo il ricorso inappropriato ai servizi ospedalieri.

1

### **Ottimizzazione delle Risorse**

Grazie alla possibilità di lavorare su più fronti, i medici potrebbero sfruttare meglio le risorse e le competenze acquisite in un contesto per migliorare l'assistenza nell'altro, contribuendo a una maggiore efficienza del sistema sanitario.

Il superamento dell'incompatibilità tra specialistica ambulatoriale convenzionata interna e specialistica privata accreditata potrebbe rappresentare un passo significativo verso un sistema sanitario più flessibile ed efficiente. Integrando meglio i due settori, si favorirebbe una maggiore disponibilità di specialisti e una più stretta collaborazione tra pubblico e privato, a beneficio della continuità assistenziale e della qualità delle cure offerte ai cittadini.

8

## Ruolo del Sumai Assoprof

### 8.1 La rappresentanza dei medici specialisti ambulatoriali

Il SUMAI (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria) rappresenta da oltre 56 anni i medici specialisti ambulatoriali. Il SUMAI ha creato una tipologia di rapporto giuridico di para-subordinazione convenzionato interno con il SSN (nota come "SUMAISTA") e più di recente ha iniziato a rappresentare anche i medici veterinari, e i professionisti sanitari operanti nel Servizio Sanitario Nazionale come psicologi, biologi, chimici ed i medici del ruolo unico delle cure primarie in FMT.

Il ruolo del SUMAI Assoprof è centrale per la valorizzazione della medicina specialistica territoriale, poiché questi professionisti costituiscono da sempre il ponte tra la medicina generale e l'assistenza ospedaliera.

I medici specialisti ambulatoriali sono una risorsa fondamentale per la gestione delle patologie croniche e per garantire la continuità delle cure sul territorio. La loro presenza consente di fornire un'assistenza specialistica tempestiva, riducendo la necessità di ricoveri ospedalieri e decongestionando i pronto soccorso.

In un sistema sanitario che si trova a dover affrontare sfide sempre più complesse, come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche, il ruolo di questi professionisti è diventato ancora più strategico.

Il SUMAI Assoprof si impegna a promuovere il riconoscimento del valore della medicina specialistica ambulatoriale e a garantire condizioni di lavoro dignitose per i suoi iscritti.

Questo include la negoziazione di accordi collettivi che stabiliscano diritti e doveri dei medici specialisti, nonché l'accesso alla formazione continua e l'aggiornamento professionale.

Un altro aspetto su cui il SUMAI Assoprof insiste è la necessità di creare percorsi di carriera che offrano opportunità di crescita professionale anche nel settore della medicina territoriale.

Inoltre, il SUMAI Assoprof è attivamente coinvolto nei tavoli di concertazione con il Ministero della Salute e con le Regioni, portando avanti le istanze dei medici specialisti e contribuendo alla definizione delle politiche sanitarie.

In questo contesto il SUMAI Assoprof, come sindacato maggiormente rappresentativo della categoria, si fa promotore di un modello di sanità che riconosca il valore dell'assistenza territoriale e favorisca l'integrazione tra i diversi livelli del sistema sanitario.

## 8.2 Proposte concrete per una sanità migliore

Alla luce delle criticità analizzate e del ruolo centrale dei medici specialisti ambulatoriali, il SUMAI Assoprof ha elaborato una serie di proposte concrete per migliorare il sistema sanitario nazionale:

1

### Riprogrammazione dei posti di specializzazione

Il SUMAI propone una revisione della programmazione dei posti di specializzazione, basata su un'analisi puntuale del fabbisogno reale di medici specialisti nelle diverse aree territoriali e nelle differenti branche specialistiche.

Questo processo dovrebbe essere coordinato a livello nazionale e regionale, in modo da garantire una distribuzione equilibrata delle competenze specialistiche sul territorio. È necessario prevedere incentivi per i giovani medici che scelgono specialità in cui si riscontrano carenze critiche, come anestesia, medicina d'urgenza, radioterapia, anatomia patologica, chirurgia generale ecc.

2

### Riforma della medicina territoriale

Il SUMAI sostiene la necessità di una profonda riforma della medicina territoriale, che punti a potenziare gli ambulatori specialistici e a promuovere un modello di assistenza integrata.

Le case di comunità sia hub che spoke, con i medici specialisti ambulatoriali all'interno, devono essere potenziate sia in termini di risorse umane che di strumenti diagnostici, in modo da offrire un servizio di alta qualità e ridurre il ricorso improprio alle strutture ospedaliere.

3

### Eliminare le incompatibilità

Per i medici che lavorano sia nelle strutture a diretta gestione pubblica che nelle strutture accreditate, in quanto queste ultime già definite come strutture pubbliche, potrebbe risolvere una contraddizione nel sistema attuale.

Attualmente le strutture sanitarie accreditate forniscono servizi per conto del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e sono finanziate con risorse pubbliche, ma i medici che lavorano in queste strutture sono spesso soggetti a incompatibilità che li separano dai medici impiegati nelle strutture pubbliche tradizionali.

Questo approccio, tuttavia, non tiene conto del fatto che queste strutture accreditate svolgono lo stesso ruolo di servizio pubblico, specialmente in termini di accesso (Prenotazioni al CUP Regionale) e gestione delle cure.

## Perché eliminare l'incompatibilità?

### Uniformità tra pubblico e accreditato

Le strutture accreditate, pur essendo private dal punto di vista della gestione, operano di fatto come parte integrante del sistema pubblico.

Eliminare le incompatibilità per i medici che lavorano in queste strutture riconoscerebbe il loro ruolo pubblico, creando una maggiore coerenza tra il trattamento dei professionisti che lavorano in ospedali pubblici, in ambulatori pubblici e in strutture accreditate.

### Aumento dell'offerta di medici

L'eliminazione delle incompatibilità permetterebbe ai medici di lavorare sia nel pubblico che nell'accreditato, ampliando l'offerta di specialisti in un momento in cui la carenza di personale sanitario, in particolare di medici specialisti, è uno dei problemi più gravi del SSN.

---

### **Maggiore flessibilità e integrazione**

Lavorare contemporaneamente nel pubblico e nelle strutture accreditate consentirebbe ai medici di sfruttare le risorse e le tecnologie di entrambe le strutture, migliorando la collaborazione e l'integrazione tra diversi settori del sistema sanitario.

---

### **Equità per i medici**

I medici che lavorano nelle strutture accreditate, pur fornendo servizi di pubblico interesse, spesso non godono delle stesse condizioni lavorative o contrattuali dei loro colleghi del settore pubblico. Rimuovere l'incompatibilità potrebbe contribuire a garantire un trattamento più equo.

---

### **Qualità e controllo**

Mantenere elevati standard di qualità e trasparenza è fondamentale per evitare che l'eliminazione delle incompatibilità possa in qualche modo influenzare negativamente la qualità delle cure. Il monitoraggio rigoroso della qualità nelle strutture accreditate sarebbe essenziale.

---

### **Regolamentazione dei conflitti d'interesse**

Andrebbero regolamentati i potenziali conflitti d'interesse, soprattutto nei casi in cui un medico potrebbe avere incentivi a favorire strutture private a scapito di quelle pubbliche.

L'eliminazione delle incompatibilità per i medici che operano nelle strutture accreditate avrebbe un impatto positivo sulla coerenza del sistema sanitario, migliorando l'accesso alle cure e riducendo la carenza di specialisti. Tuttavia, dovrebbero essere introdotte misure di controllo e garanzie per mantenere elevati standard di qualità e trasparenza nel sistema.

4

---

### **Promozione della formazione continua**

La formazione continua dei professionisti sanitari è fondamentale per affrontare le sfide della medicina moderna.

Il SUMAI Assoprof propone l'istituzione di percorsi formativi specifici per i medici specialisti ambulatoriali, con un focus sulle nuove tecnologie, sulla gestione delle patologie croniche e sulla medicina personalizzata.

5

---

### **Telemedicina e innovazione digitale**

Per ridurre le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure, il SUMAI Assoprof promuove l'uso della telemedicina e degli strumenti digitali nella pratica clinica.

Questo richiede l'adozione di piattaforme sicure per la gestione dei dati sanitari e la formazione dei medici all'uso di queste tecnologie. La telemedicina può essere utilizzata non solo per la consulenza a distanza, ma anche e soprattutto per il monitoraggio dei pazienti cronici, migliorando la qualità delle cure e riducendo gli spostamenti inutili sia del personale medico ma soprattutto dei Pazienti.

6

---

### **Riorganizzazione dei percorsi assistenziali**

Il SUMAI Assoprof propone la creazione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati che prevedano la collaborazione tra medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali e ospedali. In questo modello, i pazienti verrebbero seguiti da un'équipe multidisciplinare, sia nelle strutture Case della Comunità sia Hub che Spoke, ma anche negli Ospedali di Comunità e nell'Assistenza Domiciliare Integrata, garantendo una presa in carico completa e personalizzata. Tale approccio può migliorare l'efficacia delle cure, ridurre i ricoveri



## Conclusioni e prospettive future

**La sanità italiana** si trova oggi a un bivio: affrontare con coraggio le sfide poste dall'invecchiamento della popolazione, dalla crescita delle patologie croniche e dalla necessità di una maggiore equità nell'accesso alle cure, oppure rischiare di vedere aggravarsi le disuguaglianze e le inefficienze che già caratterizzano il sistema.

**In questo contesto**, il ruolo della medicina territoriale e dei medici specialisti ambulatoriali è cruciale.

Il potenziamento degli ambulatori specialistici, la promozione dell'integrazione tra ospedale e territorio e l'adozione di tecnologie innovative sono passi necessari per costruire un sistema sanitario che sia in grado di rispondere in modo efficace ai bisogni di salute dei cittadini.

**Le proposte avanzate** dal SUMAI Assoprof mirano a costruire una sanità più efficiente, sostenibile e centrata sul paziente.

Per realizzare questa visione, è essenziale un impegno congiunto da parte delle istituzioni, delle regioni, dei professionisti sanitari e delle organizzazioni sindacali.

**Solo attraverso** una collaborazione attiva sarà possibile sviluppare una programmazione sanitaria basata su dati epidemiologici accurati, pianificare il fabbisogno di personale in modo efficace e progettare un modello di assistenza che metta al centro le esigenze delle persone.

**Guardando al futuro**, le sfide sono molteplici, ma altrettanto numerose sono le opportunità offerte dalle nuove tecnologie e dalla possibilità di riformare il sistema sanitario in chiave integrata e innovativa.

**Il SUMAI Assoprof** continuerà a lavorare per promuovere una sanità in cui i medici specialisti ambulatoriali possano svolgere appieno il proprio ruolo, contribuendo a garantire cure di qualità per tutti i cittadini.

---

## Bibliografia e riferimenti

- 
- Ministero della Salute. (2023). “Rapporto sullo stato della sanità in Italia.”

---

  - ISTAT. (2023). “Dati demografici e andamento delle patologie croniche.”

---

  - FNOMCeO. (2024). “Il fabbisogno di medici specialisti: analisi e prospettive.”

---

  - SUMAI. (2024). “La medicina specialistica ambulatoriale: ruolo e prospettive per una sanità territoriale integrata.”

---

  - Studi e pubblicazioni scientifiche sulla gestione delle patologie croniche, l'integrazione tra ospedale e territorio, e l'uso delle nuove tecnologie in sanità.





# 56°

**CONGRESSO  
NAZIONALE  
SUMAI**



**Sumai**  
**ASSOPROF**

Sindacato Unico Medicina  
Ambulatoriale Italiana  
e Professionalità dell'Area Sanitaria