Sumai
ASSOPROF
Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria

51° Congresso Nazionale

Saint Vincent
Park Hotel Billia
8 – 12 ottobre 2018

# Il Sumai: Garanzia per il Servizio Sanitario Nazionale

## Relazione del Segretario Generale Antonio Magi

# Indice


5 INTRODUZIONE

6 IL CONTRATTO SUMAI: PASSATO PRESENTE E FUTURO

8 IL SUMAI E I 40 ANNI DI SSN

12 IL SUMAI E LA MANCANZA DI MEDICI SPECIALISTI

21 IL SUMAI E IL DE-FINANZIAMENTO DEL SSN

21 IL SUMAI E LE DISUGUAGLIANZE REGIONALI

22 IL SUMAI E LE LISTE D'ATTESA

27 IL SUMAI E GLI ATTI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI

28 IL SUMAI E I PERCORSI CONDIVISI TERRIRORIO / OSPEDALE / TERRITORIO

30 IL SUMAI E LA PRIMA PARTE DEL RINNOVO DELL'ACN

31 IL SUMAI E LA SECONDA PARTE DEL RINNOVO DELL'ACN

32 IL SUMAI E LA SOSTENIBILITÀ DEL SSN

33 IL SUMAI E UN ANNO DI POLITICA SINDACALE

- 33 STAGIONE CONTRATTUALE
- 34 ATTIVITÀ FORMATIVA
- 35 SERVIZI AGLI ISCRITTI
- 36 LA RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ SINDACALI

38 IL SUMAI E LA PROFESSIONE MEDICA IN VISTA DEGLI STATI GENERALI DELLA SANITÀ

40 IL SUMAI: IL RICAMBIO GENERAZIONALE

41 IL SUMAI: LE SUE PROPOSTE E LE SUE CONCLUSIONI

Care colleghe, cari colleghi, autorità, ospiti benvenuti e grazie per essere presenti ai lavori del 51° Congresso Nazionale del SUMAI-Assoprof.

Prima di iniziare permettetemi un particolare ringraziamento alla Segreteria del SUMAI di questa meravigliosa Regione, la Valle d'Aosta, che ci ospita e che ci ha consentito di organizzare la nostra assise annuale a Saint-Vincent, in questa splendida cornice naturale.

Quest'anno abbiamo voluto dare al Congresso un titolo che il SUMAI, in questi 40 anni di storia del Servizio Sanitario Nazionale, ha certamente guadagnato sul campo.

Il titolo è: **Il SUMAI: Garanzia per il Servizio Sanitario Nazionale**

## INTRODUZIONE

**IL TITOLO DEL 51° CONGRESSO** è sicuramente impegnativo ma coerente con la quarantennale storia del Servizio Sanitario Nazionale, la legge 833/78, che ci ha dimostrato come la Medicina Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna sia diventata il campanello d'allarme del SSN. Infatti, ogni qual volta si è tentato di indebolire e di mettere in discussione il Sistema la specialistica SUMAI ha rappresentato, e rappresenta tuttora, il primo naturale ostacolo per coloro i quali vorrebbero sostituire il SSN con il "welfare di tipo mutualistico/assicurativo e fondi sanitari".

Non è presunzione, è storia. Il SUMAI nel 1992 fu il baluardo a difesa della categoria e del Servizio sanitario perché non permise il superamento di questo primo ostacolo e, di conseguenza, anche il superamento del SSN. La strategia adottata 26 anni fa passò attraverso la modifica della 833/78, fu un attacco frontale, ma grazie al SUMAI e a "Mani pulite" non ebbe pieno successo riuscì, però, ugualmente a danneggiare l'originale struttura della 833/78. Questa volta la strategia – portata avanti da attori differenti, alcuni purtroppo istituzionali e con alle spalle interessi rappresentati da grossi gruppi economici e di pressione – è meno violenta, più scientifica, più diluita nel tempo e prevede, attraverso la carenza degli specialisti, la creazione del bisogno di assistenza territoriale (la convenzionata interna che rappresenta l'88% dell'attuale offerta specialistica nel territorio) abbassando contemporaneamente, come vedremo, il numero di posti letto oltre il necessario, attuando il blocco del turn-over e la riduzione progressiva del finanziamento. Il risultato/scopo è alimentare le liste d'attesa favorendo, per chi ha possibilità economiche, il mercato a pagamento (aprendo così un altro fronte remunerativo oggi stimato a circa 40 miliardi), costringendo chi non ha le disponibilità ad aspettare lungamente il proprio turno o a trovare scorciatoie inappropriate come l'accesso improprio ai PS, o purtroppo, come accade sempre più spesso, rinunciando addirittura alle cure.

Ciliegina sulla torta: creare un movimento d'opinione favorevole attraverso studi e analisi da associazioni imprenditoriali, firmati da istituti di ricerca i quali sciorinando dati e tabelle dimostrano che il SSN non è più sostenibile così come lo è attualmente e che necessita di un supporto, di un "secondo pilastro".

Si cerca di abituare l'inconsapevole cittadino all'idea che l'assistenza specialistica territoriale, erogata nei poliambulatori delle ASL, non potrà più essere fruibile come in passato a causa delle lunghe attese e degli elevati costi di ticket e super-ticket. Allo stesso tempo s'insinua l'idea che nel privato si possono avere le stesse prestazioni, senza attese e con costi abbordabili.

E così, dopo aver annientato l'attività ambulatoriale, il successivo passo sarà colpire l'assistenza legata al ricovero, partendo anche qui, come sul territorio, dalle liste d'attesa per poi aumentare contemporaneamente il numero di stanze a pagamento ed offrendo, in alternativa o in aggiunta, un numero considerevole di cliniche convenzionate facilmente accessibili, tramite Mutue, Assicurazioni e Fondi Sanitari. Vi sono già grossi gruppi stranieri che hanno già acquistato in tutta Italia strutture private sanitarie di ricovero allo scopo. C'è poi da chiedersi anche chi sarà a dare assistenza specialistica nelle aree disagiate del Paese, tra le montagne, nelle aree con scarsa densità abitativa e residenziale e nelle Isole, aree che gli speculatori considerano come poco remunerative. Il SUMAI c'è! E fino a quando sarà presente sul territorio ci sarà sempre la garanzia che vengano erogati con il SSN servizi specialistici ai cittadini.

Il SUMAI è vigile e non dimentica, perché ha avuto esperienza diretta, perché nasce proprio con le mutue più di 50 anni fa e conosce bene il sistema e per questo crede e si pone a difesa di un Sistema "Universale, Solidale ed Equo" che alcuni "*picconatori*" stanno cercando di trasformare sempre più in "Scarsamente Universale, meno Solidale e per nulla Equo".
Ecco spiegato il titolo del congresso in quanto il SUMAI è davvero la garanzia per il Servizio Sanitario Nazionale.

## IL CONTRATTO SUMAI: PASSATO PRESENTE E FUTURO

Lo scorso anno abbiamo festeggiato assieme a Salerno il 50° dalla fondazione del SUMAI e quest'anno festeggeremo il 40° del SSN ed il 60° del Ministero della Salute. Molta acqua è passata sotto i ponti dall'istituzione della 833/78 e da quando nel 1968, 10 anni prima della riforma, **Eolo Parodi**, il fondatore del SUMAI, ha inventato questa geniale tipologia di contratto di lavoro parasubordinato, il cosiddetto "Contratto SUMAI". Un contratto che coniuga insieme l'essenza della libera professione medica con buona parte delle tutele della dipendenza prevedendo anche gran parte delle norme tipiche della struttura pubblica nella quale viene utilizzato.
Vorrei a questo punto ricordare, insieme a voi, Eolo Parodi, il Presidente onorario del SUMAI, come Lui amava definirsi. Un grande medico, amante della professione, sindacalista e uomo delle istituzioni che oltre ad essere stato Fondatore, Segretario Generale e Presidente del nostro Sindacato, ha ricoperto per molti anni la carica di Presidente dell'Ordine dei Medici di Genova, di Presidente dell'allora FNOMM, di Deputato Europeo ed infine di Presidente dell'ENPAM, e che ci ha lasciato il 3 aprile scorso.
Lo vorrei ricordare insieme a voi con un forte e sentito applauso.
Ci mancherà molto quella sua lucidità politica, il credere nell'unità della professione medica, per la quale ha sempre lavorato e lottato, ci mancherà la forza delle sue idee e quella sua tipica ironia da ligure puro sangue.
Il Contratto SUMAI, libero-professionale ma parasubordinato, un contratto particolare appositamente studiato e pensato per l'attività specialistica territoriale, nato dal buon senso dei datori di lavoro e dei medici del SUMAI.
È un contratto caratterizzato da un accesso al SSN trasparente, con un sistema di graduatoria pubblica con valutazione dei voti di laurea e di specializzazione che si sommano anno dopo anno al punteggio legato al numero di ore di sostituzione effettuate, per cui meglio lavori, più sostituzioni e più esperienza fai.
Quindi un sistema meritocratico, di formazione sul campo, con norme che prevedono la più assoluta regolarità e che permettono, al medico specialista aspirante all'incarico, di salire in graduatoria e di diventare titolare a tempo indeterminato quando si renderanno disponibili turni specialistici in sostituzione di specialisti che vanno in pensione o turni di nuova istituzione.
Il contratto prevede che l'attività specialistica possa essere svolta sia in equipe sia individualmente e, oggi quest'ultima è quella preferita. Si lavora infatti, meno in equipe multi-disciplinare, quasi mai in equipe mono-disciplinare, tranne per chi opera in ospedale o in specifici servizi tipo SERD, DSM il che oltre la diretta responsabilità sul campo rende indispensabile la propria presenza.
Ecco perché nell'ACN è previsto l'istituto normativo della "sostituzione": per consentire ai Pazienti di essere sempre e comunque assistiti anche in caso di assenza dello specialista titolare per malattia, ferie, aggiornamento professionale o pensionamento

(turno vacante). Dunque un contratto realmente duttile, che prevede turni orari legati alle reali necessità della struttura, con attività svolta dallo stesso specialista contemporaneamente anche in più ASL e che consente un notevole risparmio economico (minor costo orario comprensivo degli oneri accessori e previdenziali e la possibilità di assumere lo specialista, con orario d'incarico, anche di 5 ore, dunque legato alle reali esigenze ma che tuttavia non può superare, complessivamente, le 38 ore settimanali, come nella dipendenza).
Un contratto che prevede inoltre regole organizzative precise (controllo orario, straordinario, servizio esterno, reperibilità, produttività, aggiornamento ecc.) e che le Regioni hanno inserito, con successo, all'interno delle strutture pubbliche quali ASL e Aziende Ospedaliere. Uno specifico contratto, voluto, studiato e applicato in passato da tutti gli Enti, mutualistici pre-833, addirittura l'ENPAS fece passare i suoi specialisti da un contratto di dipendenza a quello a convenzione SUMAI. Un contratto, già da allora, considerato per le sue caratteristiche, più flessibile e meno costoso (il numero di ore è infatti, legato alle necessità di ogni singola branca ed è pagato forfettariamente), rispetto al convenzionato esterno (pagato a prestazione).
Oggi questa peculiarità si fa finta di non vederla e si preferisce, chissà perché, pagare soggetti esterni a prestazione e quindi con un costo 3 volte maggiore rispetto al costo del forfait orario e molto spesso senza sicurezza che chi effettua la prestazione abbia i titoli necessari.
Insomma un contratto che, con queste caratteristiche, può essere decisamente proiettato verso il futuro in quanto privilegia quelli che sono i valori intrinseci della professione e della deontologia medica in funzione delle aspettative di salute della popolazione, della qualità e della economicità a garanzia del SSN.
I SUMAISTI, chiamati così in quanto operanti con il contratto SUMAI, sono quei medici e professionisti che troviamo:

- nelle ASL presso le Case della Salute, nei Poliambulatori, nei Consultori, nei CAD,
- nei Centri di Salute Mentale, nei SERD, nei Dipartimenti Materno Infantili, nei Centri Vaccinali, nei Servizi Veterinari, ecc.);
- negli Ospedali (presso i Pronti soccorsi, nei Reparti di degenza, nella Sale operatorie, negli Ambulatori ecc.);
- nei Policlinici Universitari (nei Pronti soccorsi, nei reparti di degenza, nelle sale operatorie, ecc.);
- nei luoghi di detenzione (nelle Carceri);
- nelle aree disagiate (in montagna e nelle isole);
- nei servizi SASN alle dirette dipendenze del Ministero della Salute (nei Porti, e negli Aeroporti);
- presso l'INAIL.

Il termine SUMAISTI infatti, è entrato ormai nell'uso comune al punto da essere presente nei documenti ufficiali del Governo, negli atti parlamentari, nei decreti Regionali, nelle delibere delle Aziende Sanitarie e nella terminologia degli addetti ai lavori, per individuare questa tipica tipologia di rapporto giuridico individuandola con il nome del sindacato che lo ha inventato.
I SUMAISTI sono medici e professionisti che si sono specializzati nelle stesse Università e negli stessi corsi di studio di tutti gli altri specialisti e che hanno scelto, per operare nel SSN, questo tipo di rapporto giuridico convenzionale libero-professionale ma parasubordinato con maggiori caratteristiche professionali piuttosto che economico-gestionali. Oggi, 1/3 di ore di specialistica SUMAI (o meglio di SUMAISTI), è uti-

lizzata negli Ospedali, nei PS, nei reparti di degenza, nelle sale operatorie, nei policlinici universitari e sempre più spesso nelle branche più carenti e ad alto rischio professionale. Siamo cercati, voluti e proposti proprio dai Direttori Generali e dai Direttori di UU.OO.CC. per evitare la chiusura di reparti o di nosocomi. Ormai, per le caratteristiche proprie del contratto, siamo utilizzati con successo anche nelle Regioni non in piano di rientro le quali, sempre più spesso, preferiscono assumere SUMAISTI invece di espletare concorsi per dipendenti, probabilmente proprio per quei principi di trasparenza, duttilità ed economicità prima illustrati. È stato giusto far questo? Non lo so. Certamente non è stata una scelta del SUMAI o voluta dal SUMAI, anche perché ha favorito sempre di più la carenza di figure specialistiche nel territorio incrementando così le liste di attesa a vantaggio dei servizi e dei reparti ospedalieri.
I SUMAISTI, circa 20.000 tra donne e uomini. In questi 40 anni hanno contribuito quotidianamente a sostenere il SSN, assicurando con professionalità, passione e grande competenza quella necessaria assistenza specialistica sia di I livello che di II livello a tutti gli Italiani, ai quali non interessa certamente quale sia il nostro rapporto giuridico, gli importa soltanto che da 50 anni siamo i loro specialisti di fiducia, i loro specialisti di libera scelta.
Il problema è che purtroppo, oggi, gli Italiani, questi specialisti li trovano sempre meno a causa di politiche becere perpetuate negli ultimi anni che definirei colpevolmente dolose e premeditate. Politiche che per motivi speculativi, con una strategia studiata a tavolino, hanno cercato sin dal 1992 di farci sparire e ora tentano di portarci ad essere insufficienti per poter coprire il fabbisogno assistenziale, non utilizzandoci al pieno delle nostre possibilità poiché la media oraria oggi è di 20 ore settimanali di attività, che tra i più giovani scende ad 8 ore settimanali.
Infatti, oltre al non pieno utilizzo di chi è già inserito, nonostante la dichiarata carenza di specialisti, sempre più spesso non si ricoprono le ore resesi vacanti per i fisiologici pensionamenti sebbene le risorse economiche siano già all'interno dei bilanci delle Aziende Sanitarie e delle Regioni.
Politiche che non hanno giustificazione alcuna e che, tra l'altro, disapplicano quanto previsto dall'ACN 2015 firmato dalle stesse Regioni il quale all'Art 3 comma 7 così recita: "*Le Aziende, nell'ambito dei propri poteri,* ***si avvalgono****, per l'erogazione delle prestazioni specialistiche,* ***degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e dei professionisti di cui al presente Accordo****,* ***utilizzandole ore di attività formalmente*** *deliberate in sede aziendale e* ***garantendo****,* ***comunque, la partecipazione della componente specialistica ambulatoriale, della veterinaria e delle altre componenti professionali alla copertura delle espansioni di attività dell'area complessiva dell'assistenza specialistica****, in relazione alle future esigenze, secondo regole e modalità della programmazione sanitaria regionale, con la partecipazione della rappresentanza aziendale dei medici specialisti ambulatoriali, dei veterinari e delle altre professionalità*".
La storia ha dimostrato che senza SUMAISTI oggi avremmo chiuso molti ospedali o interi reparti, ci sarebbero problemi nei Pronto Soccorso e nei servizi territoriali specie quelli presenti nelle sedi disagiate e mantenuti in vita proprio con i nostri specialisti. Lascio a voi ogni ulteriore considerazione. La mia è che il SUMAI con il suo contratto è Garanzia per il Servizio Sanitario Nazionale. Attenti a non perderla.

## IL SUMAI E I 40 ANNI DEL SSN

Iniziamo da queste righe: "*Introdurre norme volte, nell'arco di un triennio, alla revisione e al superamento dell'attuale regime delle convenzioni sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, di incentivazione al contenimento dei consumi sanitari, di valorizzazione del volontariato, di acquisizione delle prestazioni, da soggetti singoli o consortili, secondo principi di qualità ed economicità, che consentano forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta*".

Questa, anche se può rassomigliarli molto, non è una proposta fatta da qualche attuale realtà regionale e neanche uno dei tanti Report sul SSN con il "contributo non condizionato" di qualche associazione imprenditoriale.

Siamo invece nel 1992, il SSN sta per compiere 14 anni, è l'anno dell'Accordo di Maastricht, quello della prima crisi economica a livello Europeo ed è proprio il momento propizio per picconare quello che sino ad allora era stato il nostro modello sanitario universalistico, equo e solidale, una picconata mascherata da paventata necessità di mettere a punto i conti della Sanità.

Ma si sa *Business is Business* e quando si muove la macchina del profitto non si guarda in faccia a niente e a nessuno.

Attore principale fu **Francesco De Lorenzo**, l'allora Ministro della Sanità, che con la Legge n. 421 del 23 ottobre 1992 - ''Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale" aprì le danze con quel testo di 6 righe sopra citato che è la riproduzione fedele di quanto scritto nell'articolo 1, comma 1, lettera L. che andrà ad incidere, come vedremo, profondamente sulla 833/78. Contro questa legge delega prese subito posizione proprio l'ex ministro della sanità, **Tina Anselmi**, madre della 833/78, che percepì subito il pericolo, al punto da farle dire pubblicamente "*la riforma De Lorenzo è un imbroglio e il Ministro è un imbroglione*".

Tina Anselmi venne querelata da De Lorenzo per quest'affermazione, ma i successivi eventi giudiziari diedero ragione all'Anselmi.

Subito dopo l'uscita della 421/92 venne organizzata dai sindacati medici una marcia, divenuta famosa per le strade di Roma, per manifestare contro l'annunciata riforma "De Lorenzo".

I camici bianchi, con striscioni e bandiere, si presentarono sotto Montecitorio e sotto Palazzo Madama e arrivarono quasi allo scontro fisico con il Ministro che passava lì per caso, in auto con la sua scorta. Lo scontro si limitò ad un "amichevole sbatacchiamento" della sua vettura.

Purtroppo non ci fu nulla da fare: De Lorenzo, con l'appoggio di "forze imprenditoriali molto interessate", condusse lo stesso in porto la sua riforma, il D. lgs.vo 30 dicembre 1992 n. 502 (riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

I giochi sembravano fatti. Con la 502/92 venne così rivoluzionato tutto l'impianto originale del Servizio Sanitario Nazionale.

A 14 anni dalla legge istitutiva del SSN venne avviata la prima riforma, ufficialmente con lo scopo dichiarato di migliorare l'efficienza economica, attraverso la diminuzione del numero delle USL e la loro aziendalizzazione in articolazioni territoriali dette Aziende Sanitarie Locali (ASL).

Tra i principi cardini di questa nuova riforma: la responsabilità del pareggio di bilancio in capo ai Direttori generali delle nuove Asl, la coerenza tra i livelli uniformi di assistenza sanitaria e il quadro clinico ed epidemiologico delle Regioni e, infine, il

legame tra le prestazioni da garantire ai cittadini e il volume di risorse a disposizione. Ma la fortuna ci venne in aiuto e grazie ad un provvidenziale intervento di un partito di allora (il cui nome iniziava con D e finiva con C), l'avvio delle nuove mutue venne rimandato di due anni, (dal 1 gennaio 1993 al 1 gennaio 1995) rendendole anche sperimentali per i primi tre anni contro quelle che erano le iniziali intenzioni del Ministro che invece le avrebbe volute subito ed assolutamente "sostitutive" rispetto al sistema pubblico, e non "integrative" come invece richiesto dal Parlamento utilizzando proprio i fondi pubblici destinati all'assistenza sanitaria.
Inoltre venne rimandato di due anni anche il passaggio volontario all'assistenza indiretta (prima paghi e poi ti rimborso con il 20% in meno).
Tra le conseguenze della cosiddetta "riforma delle riforme" però c'era la modifica, in quelle 6 righe iniziali, della struttura di tutto il mondo della convenzionata: per la specialistica ambulatoriale (SUMAI), in quanto vista come "principale ostacolo alle assicurazioni e alle mutue". Venne quindi previsto l'esaurimento della Convenzione nei successivi tre anni per poter permettere, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, l'acquisizione delle prestazioni da quei soggetti, "singoli o consortili", che avrebbero consentito forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni". Tuttavia agli specialisti venne concesso di partecipare ai concorsi per pubblici dirigenti in deroga ai limiti d'età.
La guardia medica, che nel testo iniziale sarebbe dovuta sparire insieme alla medicina dei servizi, fu invece accorpata con quest'ultima in un'unica convenzione, quella della medicina generale all'interno della quale si stabilirono anche i nuovi tetti massimi di assistiti purché entro la fine del 1995.
"La continuità del servizio avrebbe dovuto essere garantita H24, sette giorni su sette dai MMG anche attraverso l'associazione tra vari medici": così l'onere non sarebbe gravato solo sulle spalle dei medici di famiglia, come molti di loro avevano inizialmente temuto.
Negli ospedali, diventati intanto "Aziende", ai medici ospedalieri, vincolati dalle nuove incompatibilità con le altre prestazioni convenzionate (non potevano più avere ore SUMAI), venne però permesso di svolgere la libera attività professionale istituendo anche "camere a pagamento", questo per favorire il progressivo ingresso nel mercato delle assicurazioni e delle nuove mutue anche per le attività di ricovero.
Pertanto, prima la Legge del 30 dicembre del 1992, n. 502, poi quella in parte riparativa del 7 dicembre 1993, n. 517, introdussero nel sistema il concetto della compatibilità tra volumi di prestazioni e risorse finanziarie disponibili.
Grazie all'apposizione del solo SUMAI, però, con la 517/93 si riuscì a modificare la 502/92, garantendo così ancora una volta ai cittadini un'assistenza specialistica convenzionata (SUMAI) erogata nelle strutture pubbliche contrariamente a quanto previsto prima da assicurazioni o da mutue sostitutive.
Il progetto speculativo quindi fallì, nonostante fosse stato ben preparato, anche per il successivo avvento di "Mani Pulite". Ma il danno ormai era fatto e così la 502/92 cambiò radicalmente l'impianto universale, equo e solidale della 833/78.
A distanza di pochi anni, nel 1999, il SSN venne interessato nuovamente da una ulteriore riforma operata dall'allora ministro della Sanità, **Rosi Bindi**, nota come Riforma Ter, con la quale il legislatore introdusse i Livelli Essenziali e Uniformi di Assistenza (LEA), Legge 19 giugno 1999, n. 229.
Si tratta di una lista di prestazioni, appropriate dal punto di vista clinico e correlate ai bisogni di salute della popolazione, utili per il perseguimento delle finalità stabilite

negli Articoli 1 e 2 della legge istitutiva del SSN. L'essenzialità della lista richiama concetti di economicità ed efficienza, infatti, la selezione delle prestazioni è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN che avrebbero dovuto essere compatibili con i vincoli di finanza pubblica.
In questi anni la specialistica ambulatoriale a contratto SUMAI (nonostante l'attacco quasi mortale del 1992, andato però a vuoto), lentamente e progressivamente recupera e aumenta il proprio monte orario nazionale grazie al gradimento della popolazione per l'essenziale ruolo svolto dai sumaisti riconosciuto dai cittadini come primo contatto specialistico di riferimento sul territorio, vicino al luogo di residenza e di lavoro. Il ciclo di trasformazione degli anni novanta, però, si conclude, con un altro colpo al SSN.
All'inizio del nuovo millennio, infatti, vi sono altre due importanti novità legislative che di fatto condizioneranno ulteriormente e pesantemente il SSN, il Decreto legislativo n. 56 del 2000 che introduce il Federalismo Fiscale e la Riforma del Titolo V della Costituzione L. Cost. n.3 del 2001.
Il Decreto legislativo in materia di Federalismo Fiscale stabilisce le fonti di finanziamento dei Servizi sanitari regionali: il gettito dell'Iva, dell'Irpef e il fondo di perequazione. L'ammontare del finanziamento viene stabilito dallo Stato per finanziare i LEA, gli eventuali deficit di bilancio sono stati posti a carico della fiscalità regionale.
La riforma costituzionale stabilisce che il potere legislativo in materia di sanità è concorrente tra Stato e Regioni e perfeziona il principio di sussidiarietà, secondo il quale chi governa un sistema deve essere vicino ai cittadini per coglierne meglio i bisogni e i desiderata.
Allo Stato è assegnato il compito di stabilire il quadro normativo generale, alle Regioni è attribuito il compito di legiferare sul proprio territorio, per attuare le linee guida del Governo centrale e organizzare i servizi e gli interventi di sanità pubblica.
Il SSN ha quindi 23 anni quando la riforma del Titolo V, delegando a Regioni e Province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, punta ad un federalismo solidale ma finisce per generare, come abbiamo visto, una deriva regionalista con 21 differenti Sistemi Sanitari Regionali dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è diventato profondamente diversificato e iniquo a fronte di un diritto costituzionale che dovrebbe garantire invece a tutti i cittadini italiani "universalità ed equità di accesso" e la "globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini".
Nel 2010, il SSN ha 32 anni, quando esplode l'annunciata nuova crisi economica ed una nuova legge, la 122/2010, dà l'avvio alla stagione dell'attuale politica dei blocchi di contratti e turnover, dei tagli e del de-finanziamento della sanità pubblica, di cui oggi subiamo gli effetti deleteri.
In questo periodo in tutta Italia, specie nelle Regioni in piano di rientro, il monte ore della specialistica SUMAI (unico strumento contrattuale esente da spending review e unica soluzione alternativa al blocco del turnover per coprire le carenze di personale medico specialista in ospedale), viene utilizzato principalmente per evitare la chiusura di molti PS e di interi reparti ospedalieri e universitari appartenenti al SSN, caduti sotto la scure della legge 122/10.
Questo nuovo utilizzo dei SUMAISTI, mentre arricchisce l'ospedale di ulteriori figure specialistiche, depaupera gravemente e lentamente il territorio della presenza di queste figure, rendendo sempre più evidente l'acuirsi del fenomeno delle liste di attesa.
Il cittadino, per ottenere visite e prestazioni specialistiche, come scorciatoia alle liste

di attesa, utilizza impropriamente il Pronto Soccorso creando quelle criticità oggi da tutte conosciute e che spesso finiscono sui giornali e telegiornali.
Si impedisce così, per mancanza di specialisti territoriali, anche l'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità non permettendo così la presa in carico territoriale dei numerosi pazienti cronici e l'avvio dei PDTA.
Nel 2012, il SSN ha 34 anni ed ecco la Legge 189/2012. La cosiddetta "legge Balduzzi" o "riforma Balduzzi" dopo circa 20 anni dalla 502/92 cerca di applicare alcuni principi favorendo un differente tipo di associazionismo dei medici per garantire, sul territorio, il servizio H24 ma questa volta, però, valorizzando a pieno titolo la medicina convenzionale territoriale e quindi anche la specialistica convenzionata direttamente gestita (i SUMAISTI) ridando a quest'ultima, con la modifica dell'art.8 comma 1, la sua funzione originaria pre-502/92.
Infatti, nel 2015, la specialistica convenzionata interna è la prima, con specifico atto di indirizzo delle Regioni, ad essere chiamata a siglare un ACN solo normativo ed organizzativo ma privo di risorse finanziarie come previsto dalla 189/2012 ridando così la possibilità di assegnare direttamente incarichi a tempo indeterminato e prevedendo tra l'altro modalità organizzative e funzioni delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) dei medici convenzionati (Specialisti SUMAI, MMG, PLS) e delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) cioè aggregazioni multi-professionali dei convenzionati con le altre realtà sanitarie, anche della dipendenza.
Queste realtà associative, però, a 6 anni dalla Balduzzi sono rimaste per lo più inapplicate o applicate differentemente, e parzialmente, da Regione a Regione e comunque distribuite a macchia di leopardo. In questa fase di crisi economica mondiale si tenta nuovamente il "*picconamento*" del SSN come già era avvenuto nel 1992 ma questa volta la strategia è differente, non attraverso una nuova riforma sanitaria ma introducendo furbescamente nel Jobs Act e nelle Leggi di Stabilità 2016 e 2017, la revisione degli artt. 51 e 100 del testo unico delle imposte sui redditi (TUIR), prevedendo rilevanti agevolazioni fiscali per quei servizi e quelle prestazioni di welfare aziendale che concorrono a integrare la normale retribuzione del dipendente aprendo così la strada ad assicurazioni, mutue e fondi sanitari e quindi al II pilatro del SSN.
Contemporaneamente, come da copione, ma in maniera più soft, assistiamo alla solita opera d'indebolimento della specialistica territoriale. Questa volta però non con il tentativo di sopprimere la categoria, comunque gradita dai cittadini, ma con una lenta e progressiva riduzione della presenza di SUMAISTI sul territorio.
Riduzione che innesca inevitabilmente e inesorabilmente, come previsto, un ulteriore aumento delle già lunghe liste di attesa per eseguire visite specialistiche erogate dal servizio pubblico.
L'offerta non è più sufficiente a coprire la domanda e la contemporanea presenza di specifici ticket e super-ticket propri della specialistica ambulatoriale, alimenta il mercato dell'"out of pocket" giunto oggi, secondo le stime, a circa 40 miliardi. Una cifra considerevole ma tale da proporre l'erogazione diretta di prestazioni specialistiche tramite i fondi sanitari o le assicurazioni.
Di conseguenza, si comincia a voler prospettare con forza l'idea di affidarsi al "secondo pilastro" per garantire la sostenibilità del SSN.
In questo contesto si è progressivamente fatta largo anche quella raffinata strategia di marketing basata su un assioma correlato a criticità solo in apparenza collegate (riduzione del finanziamento pubblico, mancanza di specialisti, aumento della spesa out-of-pocket, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e rinuncia alle cure), alimentate dai

risultati di appositi studi finanziati, guarda caso, proprio da compagnie assicurative.
I Rapporti proposti da questi studi, RBM in testa, ogni anno analizzano in dettaglio il complesso ecosistema dei "terzi paganti" in sanità, le tipologie di coperture offerte, senza però evidenziare l'impatto analitico di fondi sanitari e delle polizze assicurative sulla spesa sanitaria e tutti i potenziali "effetti collaterali" del secondo pilastro, troppo spesso sottovalutati, sull'onda di un entusiasmo collettivo, dai rischi per la sostenibilità a quelli di privatizzazione, dall'aumento delle diseguaglianze, all'incremento della spesa sanitaria, dal sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie alla frammentazione dei percorsi assistenziali.
Siamo così arrivati ai giorni nostri, al 2018 e il SSN tra poco più di due mesi compirà 40 anni. Direi mal portati a causa del pessimo stile di vita a cui lo abbiamo sottoposto e che consigliamo ancora di condurre, affetto da molte patologie croniche e con l'inizio di qualche sintomatologia acuta che se non trattata immediatamente, con terapie decise e corrette, vi è il fondato rischio che abbia una prognosi decisamente infausta.
Ma chissà, nel 1992 vi fu il fenomeno di "mani pulite", nel 2018 il "Governo della svolta" che si presenta agli Italiani con un contratto e un impegno scritto di voler potenziare e salvare il Servizio Sanitario Nazionale.
Ministro Giulia Grillo siamo nelle sue mani ma anche in quelle del Ministro delle Finanze, Giovanni Tria.

## IL SUMAI E LA MANCANZA DI MEDICI SPECIALISTI

Durante l'incontro avvenuto il 20 giugno scorso, in Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, tra gli Assessori regionali e il Ministro Giulia Grillo si è discusso, le altre cose, sulla determinazione del fabbisogno di medici specialisti al fine di suplire a carenze di organico, vera e annosa spina nel fianco dei vari sistemi sanitari regionali.
Il Presidente della Commissione Salute, Antonio Saitta, ha dichiarato in quell'occasione che: "*quello del personale è un nodo da risolvere urgentemente.*
*Bisogna tornare ad assumere, troppe strutture ospedaliere hanno problemi ad avere copertura di medici per l'urgenza, anestesisti, pediatri ed altre specialità.*
*Tra l'altro la mancanza di specialisti è uno dei fattori che può contribuire alla riduzione delle liste d'attesa.*
*Sotto questo profilo è importante aumentare l'offerta formativa. Occorrono medici specialisti e oggi molte strutture corrono il rischio reale di chiudere i servizi.*
*Bisogna che l'offerta di formazione di medici specialisti si adegui alle esigenze dei territori, considerando che solo le Regioni conoscono le esigenze reali per far funzionare i servizi sanitari. E senza dimenticare che le risorse per le borse di studio sono inserite nell'ambito del fondo sanitario nazionale*".
Come dare torto all'Assessore, se questo fosse l'unico ragionamento, come non dargli ragione?
Il 18 luglio, però, lo stesso Presidente della Commissione Salute in rappresentanza delle Regioni aggiusta il tiro e, nel rivendicare la piena autonomia programmatoria ed organizzativa delle Regioni, presenta nel corso dell'Audizione in Commissione Igiene e Sanità un pacchetto di proposte "incisive" per risolvere la carenza di medici specialisti che invece di prevedere la più logica delle proposte quella cioè di un immediato ristoro, vale a dire la pronta e graduale assunzione di medici specialisti pronti e in attesa di entrare nel SSN, con contratti di dipendenza o SUMAI e procedere successivamente all'assunzione di chi poi si specializzerà.

Propone invece direttamente l'accesso alle strutture ospedaliere e territoriali del Servizio Sanitario Regionale, in sostituzione degli specialisti, di medici non specialisti in possesso solo del titolo di laurea in medicina e chirurgia e di abilitazione all'esercizio della professione, prevedendo per costoro in particolare:

1. l'inserimento in una struttura sanitaria con un percorso finalizzato alla stipula di contratti a tempo determinato di "specializzazione e lavoro", alternativo al percorso di specializzazione;
2. la successiva definizione delle modalità per l'inserimento dei medici titolari del predetto contratto di specializzazione lavoro all'interno delle Strutture del Servizio Sanitario Nazionale, fermo restando che il contratto in esame non potrà in alcun modo dar diritto all'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale, né all'instaurazione di alcun rapporto a tempo indeterminato con lo stesso, se non interviene una procedura selettiva a tal fine dedicata;
3. percorsi concordati dalle Regioni, con gli Atenei regionali, per il possibile accesso dei Medici titolari del suddetto contratto alle scuole di specializzazione nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole medesime. Andrà inoltre valutata la possibilità di assumere a tempo indeterminato nelle strutture sanitarie medici laureati e abilitati benché privi di specializzazione per lo svolgimento di attività medico chirurgiche di supporto, in coerenza con il grado di conoscenze, competenze ed abilità acquisite, con autonomia vincolata nell'ambito delle direttive ricevute da un dirigente medico responsabile. In tal caso dovrà essere introdotta anche idonea previsione contrattuale.

A seguito di ciò, Il 2 agosto, veniamo convocati insieme con gli altri sindacati, al Ministero della Salute con all'ordine del giorno: Convocazione riunione Tavolo art. 22 del Patto per la salute.

Presenti all'incontro, oltre alle OO.SS. i rappresentanti del Ministero, delle Regioni, del MEF e del MIUR. L'ultimo incontro, con lo stesso ordine del giorno, ci fu più di due anni fa e si giunse ad un passo dall'accordo che secondo alcuni, ma non secondo il SUMAI, avrebbe risolto la carenza di medici specialisti.

Come SUMAI abbiamo ovviamente apprezzato la presenza del Ministro Giulia Grillo e del Sottosegretario Armando Bartolazzi a testimonianza dell'impegno che si sono assunti nell'affrontare e risolvere un problema molto serio, ma sino ad oggi, nonostante gli allarmi lanciati da quasi un decennio da parte delle rappresentanze delle categorie mediche, ancora irrisolto.

Il Ministro, nel suo intervento ha dato e chiesto ai presenti "*disponibilità a lavorare sia su soluzioni immediate che di prospettiva, ragionando su una riforma del sistema formativo nazionale che, visti i problemi che stiamo avendo, evidentemente non ha risposto alle attese.*

*Migliaia di medici sono stati laureati dalle università Italiane, ma l'offerta formativa non è riuscita a far sì che si programmassero i fabbisogni necessari a sostituire i medici che si pensioneranno nei prossimi 3 anni*".

Il Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, durante la riunione ha dichiarato: "*abbiamo di nuovo evidenziato al Ministro che vanno deserti tanti concorsi indetti dalle Regioni per le assunzioni di medici specialisti. Questo avviene soprattutto perché quei pochi che sono formati – 6.200 rispetto ad un fabbisogno di 8.569 – scelgono di lavorare negli ospedali delle aree più urbanizzate. Si determinano così problemi sempre più seri nel garantire su tutto il territorio i servizi sanitari.*

*Mancano anestesisti, pediatri, medici d'emergenza, ginecologi, tutto ciò ha già com-*

*portato la chiusura di qualche reparto e i problemi si acuiscono.*
*Chiarito che la formazione degli specialisti non è una competenza delle Regioni, ma è una competenza esclusiva dello Stato, bisogna comunque collaborare per trovare insieme delle soluzioni.*
*Siamo di fronte ad una vera e propria emergenza nazionale.*
*Occorrono sicuramente più specialisti, ma servono anni per formarli, quindi nell'immediato bisogna dare subito delle risposte.*
*Pertanto abbiamo chiesto come Regioni al Governo di consentire che gli specializzandi dell'ultimo anno siano inseriti nel sistema sanitario e che sia consentito inoltre alle strutture ospedaliere territoriali di assumere medici in possesso di laurea in medicina e chirurgia e pertanto abilitati.*
*Abbiamo tanti professionisti a disposizione, più di 10mila medici laureati e abilitati sono rimasti fuori dalla specializzazione.*
*Bisogna quindi trovare un sistema per modificare le norme.*
*Sulla formazione la competenza è dei Ministeri e il Ministro Grillo ha ribadito di volere mettere mano al sistema, questo va bene, ma non risolve l'emergenza delle Regioni che è una vera e propria emergenza, oggi bisogna parlare e di come bisogna affrontare la cosa sotto questo profilo, in tempi rapidi e con determinazione altrimenti le Regioni sono già pronte a fare da sole mediante l'accesso dei soli laureati e non specializzati"*
Saitta ha quindi ribadito quanto detto in audizione in Commissione Sanità al Senato e secondo lui chiarito che la formazione degli specialisti non è una competenza delle Regioni, ma è una competenza esclusiva dello Stato, come se le colpe di questa situazione fossero di qualcun altro tra i presenti e non anche delle Regioni dopo 2 anni di silenzio e molti di più di immobilismo specialmente dopo l'allarme lanciato dal SUMAI nel 2001 con la pubblicazione "Censimento dei medici Italiani" e da ANAOO nel 2011 con un lavoro sul fabbisogno entrambi firmati dagli attuali Segretari Generali e rinnovato annualmente ad ogni congresso nazionale da parte dei sindacati medici.
È un problema di sistema, non di categoria o di comparto, e su questo come SUMAI, abbiamo dato la piena disponibilità nel collaborare a trovare soluzioni, anche innovative, che ridiano fiato ad un organico medico italiano indebolito da anni di blocco selvaggio del turn-over unito al blocco dei concorsi compreso quello dei medici SUMAI, quest'ultimo poi senza nessuna motivazione legislativa che ne impediva o ne impedisce l'utilizzo.
Il 30 agosto siamo stati nuovamente convocati al Ministero della Salute e come SUMAI Assoprof ci siamo presentati con una nostra delegazione.
Tema dell'incontro le problematiche della formazione post-laurea e la carenza di medici specialisti, anche al fine di raccogliere spunti di riflessione ed eventuali richieste utili all'individuazione di soluzioni idonee a superare le oggettive criticità presenti nell'attuale sistema.
All'incontro abbiamo trovato attenzione alle nostre proposte anche perché ci siamo presentati portando numeri reali e ipotesi concrete di lavoro per risolvere il problema governando anche le liste d'attesa.
Abbiamo preparato un documento, ricco di tabelle e numeri reali, contenente il nostro punto di vista, le nostre proposte e richieste volte all'individuazione di soluzioni idonee a superare le oggettive criticità presenti nell'attuale sistema. In particolare abbiamo illustrato la desertificazione, avvenuta in questi anni delle figure dei medici specialisti convenzionati interni con contratto SUMAI sul territorio in quanto le regioni non hanno sostituito, di volta in volta, chi andava in pensione e addirittura

hanno trasferito 1/3 del totale del monte ore di specialistica in ospedale con vantaggio di questo ma naturalmente a discapito del territorio creando quindi le liste d'attesa.
Abbiamo contestato la proposta delle Regioni per risolvere la carenza di medici specialisti, in quanto pensando solo all'ospedale propongono, contro le norme vigenti, l'accesso diretto alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, in sostituzione degli specialisti, a medici, non specialisti, in possesso solo del titolo di laurea in medicina e chirurgia e di abilitazione all'esercizio della professione.
Abbiamo anche proposto il pieno utilizzo degli specialisti ambulatoriali portandoli, a domanda, al massimale orario di 38 ore settimanali (attualmente sono mediamente utilizzati a 20 ore settimanali) e per i non specialisti la riapertura del contratto della medicina dei servizi anche questi ormai destinati all'estinzione ma dall'attività fortemente necessaria.
È arrivato il momento di dire basta con gli errori commessi in passato in cui si sono precarizzati i nuovi rapporti di lavoro (solo contratti a tempo determinato e blocco assunzioni), anche per colpa di assurde e anacronistiche incompatibilità che hanno impedito il contemporaneo utilizzo, nel pubblico e nel privato dello stesso specialista. Errori che hanno, di fatto, costretto i giovani specialisti a ricercare altrove, spesso all'estero, un'attività lavorativa stabile e meglio retribuita.
Ma ricordiamo quanto dichiarato dalle Regioni:
"*... vanno deserti i tanti concorsi indetti dalle Regioni per le assunzioni di medici specialisti e questo avviene soprattutto perché quei pochi che sono formati, 6.200 rispetto ad un fabbisogno di 8.569, scelgono di lavorare negli ospedali delle aree più urbanizzate*".
Dunque secondo le Regioni il fabbisogno di specialisti, per risolvere il problema nell'immediato, è di 8.569 ma quelli formati sono solo 6.200 con un gap negativo di 2.369.
Forse Saitta si è scordato di tutti quegli specialisti (circa 6.500 di cui 3.261 al di sotto dei 45 anni) che da 10 anni sono in attesa di essere assunti nel SSN, con contratti a tempo indeterminato. A questi colleghi, già presenti in graduatoria SUMAI e già pronti ad entrare, andrebbero aggiunti quei 6.200 appena specializzati e che non sono ancora in graduatoria perché, se vorranno fare domanda di ammissione, non vi potranno entrare con la normativa vigente prima del 2020.
Ecco già superato il GAP di 2.369 specialisti con i 6.500 già pronti in graduatoria e stiamo parlando solo di SUMAISTI.
Consentire l'accesso al SSN ai laureati in medicina e chirurgia, senza specializzazione, a tempo indeterminato ad isorisorse, significherebbe, infatti, continuare ancora di più sulla strada della progressiva delegittimazione della formazione professionale, fingendo equivalenza, di competenze e conoscenze, ma con remunerazioni non equivalenti.
Dotazioni organiche carenti e riempite in questo modo con laureati assunti *low-cost* per imprecisate "funzioni di supporto", finirebbero con il trasformarsi in soggetti privi di identità giuridica, chiamati a tappare i buchi delle organizzazioni e comunque sempre sotto la responsabilità di un medico specialista.
Si tratta di una proposta inaccettabile. Per noi le Regioni sono corresponsabili con il MEF ed il Ministero della Salute (per il de-finanziamento che non ha permesso un'accorta programmazione) e con il MIUR (per l'acquiescenza verso il monopolio delle scuole di specializzazione che hanno determinato autonomamente i fabbisogni). Se si continuasse sulla strada intrapresa potrebbe essere realmente a rischio la sostenibilità del SSN.
L'immobilismo delle Regioni, invece di coprire le necessità con giovani specialisti se-

condo il normale turnover, non ha permesso a quelli in attesa, aspiranti dirigenti e SUMAISTI, l'ingresso nel SSN costringendoli a fuggire all'estero o a lavorare esclusivamente nel privato.
A nostro avviso, quindi, cercare soluzioni alternative come quella di far fare lo specialista a chi non lo è o assumere specializzandi, o semplicemente laureati ed abilitati perché, diciamolo chiaramente costano meno, abdicando alla qualità rispetto al risparmio, rappresenta un grave errore che denota scarsa conoscenza della realtà.
Un errore perpetrato negli ultimi anni che ci ha portato inevitabilmente dove oggi ci troviamo specie quando si hanno già pronti specialisti, formati e disponibili ma che non si fanno lavorare. Il mercato globale" invece offre spesso condizioni di lavoro migliori attirando risorse specialistiche. A dimostrazione di ciò assistiamo al fenomeno dei numerosi pre-pensionamenti nel SSN, colleghi che anticipano il pensionamento perché in preda a demotivazione e burn-out, per poi ricollocarsi con soddisfazione, esperienza e una gratificazione economica superiore, nel settore privato.
Risultato: perdita e fuga di competenze dal SSN.
Domando alle Regioni che cercano specialisti dove non ci sono invece di cercarli dove ci sono: che fine hanno fatto le ore di specialistica SUMAI dei colleghi andati in pensione negli ultimi anni con migliaia di specialisti in attesa in graduatoria?
Quelle ore che i Direttori Generali, da voi nominati, hanno impropriamente fatto sparire, non più assegnandole, pur essendo queste ore già finanziate e coperte in bilancio e fuori dalla spending review riducendo così in modo significativo l'offerta specialistica sul territorio nonostante la presenza di lunghe liste di attesa.
È vero, il problema c'è e se non si porteranno subito dei correttivi, peggiorerà. A breve avremo grossi problemi di carenza di specialisti, in ospedale, nei Presidi territoriali pubblici ed anche nelle aree più urbanizzate.
La logica vorrebbe che nell'immediato si utilizzassero da subito gli specialisti già inseriti e presenti prima che sia troppo tardi e in prospettiva si programmasse la necessità del numero di borse necessarie. Qui il MEF deve fare un reale sforzo poiché questo produrrà benefici in futuro perché è necessario un investimento e la salute non può essere considerata una spesa.
Vediamo dunque quanti sono attualmente i Medici Specialisti in Italia divisi per Branca Specialistica e per Rapporto giuridico di lavoro.
In totale al 2017 i medici specialisti attivi sono 184.351 di cui 101.115 con rapporto di dipendenza, 18.857 con rapporto convenzionale (SUMAISTI) e 64.379 con rapporto libero professionale puro e non inquadrati nel SSN. A questi si aggiungono gli 80.553 pensionati che in molte realtà continuano ad operare nel privato e in particolare nel privato accreditato anche se la maggior parte di questi sono a riposo.
Quindi ben 64.379 specialisti non esercitano nel SSN o meglio quello gestito direttamente dalle Aziende Ospedaliere ed Aziende Sanitarie pubbliche negli ospedali e nei presidi territoriali.
Gli specialisti con contratto SUMAI in attività sono 18.857, di cui 15.596 specialisti operano a tempo indeterminato con una media oraria di sole 20 ore settimanali (i più giovani con una media di 8 ore settimanali) e ben 3.261 a tempo determinato o come sostituti di questi ultimi con contratti a termine.
Questo vuol dire che 3.261 degli oltre 6.500 specialisti, oggi presenti in graduatoria ed "aspiranti sumaisti", sono pronti e in attesa di entrare a tempo indeterminato ma che le Regioni vanno a cercare altrove o meglio preferiscono quelli non specializzati.
Se questi fossero assunti a tempo indeterminato avrebbero, tra l'altro, un costo sen-

sibilmente inferiore in quanto un contratto a tempo indeterminato costa il 40% in meno di un contratto a tempo determinato.
Quindi le Regioni, da subito, potrebbero portare gli specialisti a tempo indeterminato da una media di 20 ore settimanali a 38 ore settimanali applicando semplicemente l'art. 18, comma 1 dell'ACN articolo, ironia della sorte, voluto proprio dalle Regioni per utilizzare meglio e più compiutamente questi specialisti.

## MEDICI SPECIALISTI A CONTRATTO SUMAI - ANNO 2017

ELABORAZIONE DATI FNOMCEO, ENPAM, MINISTERO DELLA SALUTE, SISAC, ARAN, SUMAI ASSOPROF

| Regioni | Numero specialisti | ore medie attuali | ore mancanti per 38 ore | Pari a nuovi Specialisti | Totale Specialisti |
|---|---|---|---|---|---|
| Abruzzo | 338 | 6.760 | 6.084 | 160 | 498 |
| Basilicata | 87 | 1.740 | 1.566 | 41 | 128 |
| Calabria | 612 | 12.240 | 11.016 | 290 | 902 |
| Campania | 2.415 | 48.300 | 43.470 | 1.144 | 3.559 |
| Emilia Romagna | 1.049 | 20.980 | 18.882 | 497 | 1.546 |
| Friuli Venezia Giulia | 166 | 3.320 | 2.988 | 79 | 245 |
| Lazio | 2.458 | 49.160 | 44.244 | 1.164 | 3.622 |
| Liguria | 463 | 9.260 | 8.334 | 219 | 682 |
| Lombardia | 1.290 | 25.800 | 23.220 | 611 | 1.901 |
| Marche | 276 | 5.520 | 4.968 | 131 | 407 |
| Molise | 79 | 1.580 | 1.422 | 37 | 116 |
| Piemonte | 1.248 | 24.960 | 22.464 | 591 | 1.839 |
| Bolzano | 14 | 280 | 252 | 7 | 21 |
| Trento | 119 | 2.380 | 2.142 | 56 | 175 |
| Puglia | 917 | 18.340 | 16.506 | 434 | 1.351 |
| Sardegna | 752 | 15.040 | 13.536 | 356 | 1.108 |
| Sicilia | 883 | 17.660 | 15.894 | 418 | 1.301 |
| Toscana | 943 | 18.860 | 16.974 | 447 | 1.390 |
| Umbria | 160 | 3.200 | 2.880 | 76 | 236 |
| Valle d'Aosta | 17 | 340 | 306 | 8 | 25 |
| Veneto | 1.310 | 26.200 | 23.580 | 621 | 1.931 |
| **Totale T. Indeterminato** | **15.596** | **311.920** | **280.728** | **7.388** | **22.984** |
| **Totale T. determinato** | **3.261** | **65.220** | **58.698** | **1.545** | **4.806** |
| **TOTALI** | **18.857** | **377.140** | **339.426** | **8.932** | **27.789** |

Ma evidentemente i Direttori Generali non sono stati avvertiti dai funzionari Regionali di quest'opportunità. Infatti, alcuni DG invece di portare a 38 ore gli specialisti con contratto a tempo indeterminato addirittura non hanno ricoperto i turni resisi vacanti e prima ricoperti da specialisti andati in quiescenza.
Quindi nell'immediato se tutti gli specialisti con contratto SUMAI, e già assunti a tempo indeterminato, passassero mediamente da 20 a 38 ore, in tutta Italia dalle attuali 311.920 ore settimanali si passerebbe a 592.648 ore settimanali. In sostanza è come se si assumessero 5.147 nuovi specialisti a 38 ore.
Se volessimo anche aggiungere i 3.261 specialisti ora in graduatoria, e con contratti a tempo determinato, arriveremmo a 8.932 nuovi specialisti a contratto SUMAI con ulteriori 123.918 ore settimanali da aggiungere alle 592.648. Si passerebbe quindi dagli attuali 18.857 specialisti ai 27.789 specialisti SUMAI (virtuali) per non parlare degli altri 3.000 che sono in graduatoria, in attesa di essere chiamati per la prima volta.
Sempre nell'immediato, per quanto riguarda i medici specialisti con rapporto di dipendenza sarebbe invece necessario trasformare i 7.760 contratti da tempo determinato a tempo indeterminato.

## MEDICI SPECIALISTI A RAPPORTO DI DIPENDENZA - ANNO 2017

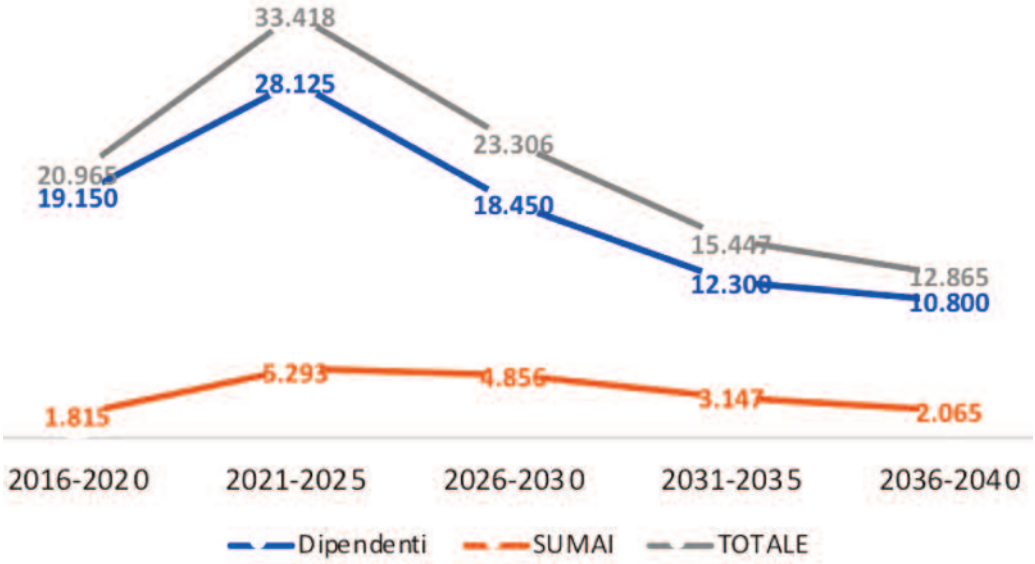
ELABORAZIONE DATI FNOMCEO, ENPAM, MINISTERO DELLA SALUTE, SISAC, ARAN, SUMAI ASSOPROF

| Regioni | T. Indeterminato | T. determinato | Totale |
|---|---|---|---|
| Abruzzo | 2.810 | 193 | 3.003 |
| Basilicata | 1.132 | 74 | 1.206 |
| Calabria | 3.794 | 370 | 4.164 |
| Campania | 9.190 | 325 | 9.515 |
| Emilia Romagna | 6.793 | 478 | 7.271 |
| Friuli Venezia Giulia | 2.495 | 130 | 2.625 |
| Lazio | 7.612 | 1.289 | 8.901 |
| Liguria | 2.458 | 178 | 2.636 |
| Lombardia | 12.790 | 1.512 | 14.302 |
| Marche | 2.815 | 145 | 2.960 |
| Molise | 487 | 127 | 614 |
| Piemonte | 8.623 | 212 | 8.835 |
| Puglia | 6.312 | 617 | 6.929 |
| Sardegna | 3.781 | 350 | 4.131 |
| Sicilia | 8.769 | 995 | 9.764 |
| Toscana | 8.630 | 235 | 8.865 |
| Trentino A.Adige | 1.898 | 144 | 2.042 |
| Umbria | 2.076 | 198 | 2.274 |
| Valle d'Aosta | 349 | 2 | 351 |
| Veneto | 8.301 | 186 | 8.487 |
| **TOTALE** | **101.115** | **7.760** | **108.875** |

Inoltre bisognerebbe bandire il prima possibile i concorsi pubblici ai quali potrebbero partecipare i 64.379 medici specialisti esistenti e non ancora inseriti nel SSN a diretta gestione ed i prossimi specializzandi, via via che si saranno specializzati e che si stanno adesso formando nei vari atenei nazionali.

## MEDICI SPECIALISTI DIRIGENTI E SUMAI CHE ANDRANNO IN PENSIONE NEL PERIODO 2016 - 2040

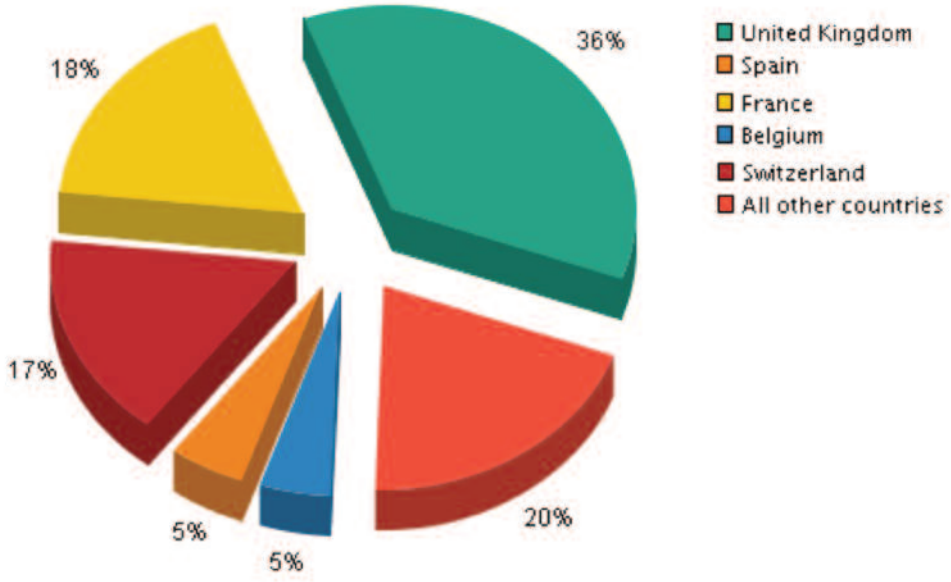
ELABORAZIONE SUMAI SU DATI FNOMCEO, ENPAM, INPS, MINISTERO DELLA SALUTE, SISAC, ARAN




In particolare nel 2018 si specializzeranno circa 5.000 altri medici che si erano iscritti nell'AA 2012/2013 ai quali si aggiungerebbero i 64.379 sopra citati, e non ancora inseriti, e via via gli ulteriori 33.444 specializzandi che si diplomeranno tra il 2019 ed il 2024 appena in tempo per tamponare l'importante gobba pensionistica che giungerà il suo culmine massimo nel 2025. Nel quinquennio 2016-2025 andranno in pensione ben 54.383 specialisti tra dipendenti e SUMAISTI e quindi rispetto all'attuale numero di specialisti siamo ancora in tempo a rimpiazzare i colleghi che andranno in pensione e cioè 20.965 nel quinquennio 2016-2020 ed altri 33.418 nel quinquennio 2021-2025 Bisognerà quindi evitare gli errori fatti in passato collocando 5.483 specialisti ogni anno iniziando da subito con lo sbloccare immediatamente il turnover sia della specialistica interna (SUMAI) sul territorio, che della dipendenza ospedaliera favorendo l'impiego di specialisti da assumere nelle strutture sanitarie direttamente gestite. Questi errori sono dovuti alla decennale precarizzazione dei rapporti di lavoro agganciati ad assurde e superate incompatibilità che hanno bloccato, o nel privato o nel pubblico, i giovani specialisti costringendoli a ricercare altrove, spesso all'estero, un'attività lavorativa stabile e meglio retribuita.
Dal 2010 al 2018 sono andati e rimasti a lavorare all'estero 4.654 medici specialisti. In particolare, come si evidenzia dal grafico a torta, i paesi maggiormente scelti sono stati: il Regno Unito con 1.697 specialisti, la Francia con 815 specialisti e la Svizzera con 769. Seguono la Spagna con 231, il Belgio con 221, poi la Germania con 106 e via via gli altri paesi. Allora sbrighiamoci prima che sia troppo tardi!

## MEDICI SPECIALISTI ANDATI A LAVORARE ALL'ESTERO. DAL 2010 AL 2018 PERCENTUALE PER PAESE ESTERO SCELTO

ELABORAZIONE SUMAI SI DATI EUROPEAN COMMISSION 2018




## SOLUZIONI IMMEDIATE

Come SUMAI Assoprof abbiamo dato disponibilità a modificare immediatamente l'Accordo Collettivo Nazionale sia per quanto riguarda le norme che regolano l'accesso nella specialistica che le norme riguardanti l'incompatibilità.

Per quanto riguarda le norme che regolano l'accesso nella specialistica convenzionata inserendo nell'art.18 la possibilità, per lo specialista, di raggiungere, a domanda, il massimale orario recuperando ore di attività specialistica dagli specialisti già in servizio ed inserendo nell'art.19 (nel caso di mancata copertura da parte dei titolari e dell'attribuzione del turno a tempo indeterminato direttamente attingendo dalla graduatoria), la possibilità di attribuzione dell'incarico direttamente ai medici specialisti, anche se non ancora inseriti in graduatoria, ma che abbiano dato la loro disponibilità ad accettarlo.

Per quanto riguarda le norme che regolano l'incompatibilità, nell'ACN è necessario modificare l'art. 25 sulle incompatibilità e in particolare abolire il punto i) in modo da permettere i vasi comunicanti tra specialisti operanti in strutture pubbliche del SSN e strutture accreditate del SSN ormai considerate pubbliche, per disporre di ulteriori specialisti con un monte orario complessivo non superiore alle 38 ore settimanali, salvo casi specifici normati all'interno dello stesso ACN. Come soluzione in prospettiva, riteniamo comunque necessario che il Ministero della Salute, le Regioni, il MEF e il MIUR trovino al più presto un accordo per attivare un piano di emergenza, coordinandosi e programmando un numero di borse effettivamente sufficienti e necessarie, con un occhio alle branche critiche.

Possiamo considerare, ma solo dopo aver assunto tutti gli specialisti disponibili ai sensi dall'ACN e del CCNL, il possibile impiego di un medico nell'ultimo anno di spe-

cializzazione nella struttura territoriale o ospedaliera.
È evidente che l'assunzione dovrà essere a tempo indeterminato, a specializzazione conseguita, come SUMAISTA, se trattasi di struttura territoriale, o come Dirigente se trattasi di struttura ospedaliera.

## IL SUMAI E IL DE-FINANZIAMENTO DEL SSN

Per il 2018 e per il 2019 la Legge di Bilancio non ha previsto alcun incremento del Fondo Sanitario Nazionale che rimane fissato a quanto stabilito dalla Legge di Bilancio 2017, poi rideterminato dal Decreto 5 giugno 2017: a 113,396 miliardi per il 2018 e 114,396 miliardi per il 2019.
Secondo il SUMAI tocca quindi a questo "Governo del cambiamento" far fede al contratto firmato. "*La sanità dovrà essere finanziata prevalentemente dal sistema fiscale e, dunque, dovrà essere ridotta al minimo la compartecipazione dei singoli cittadini.*
*È necessario recuperare integralmente tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza attraverso il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale, così da risolvere alcuni dei problemi strutturali.*
*Il recupero delle risorse avverrà grazie ad una efficace lotta agli sprechi e alle inefficienze, e grazie alla revisione della governance farmaceutica, all'attuazione della centralizzazione degli acquisti, all'informatizzazione e digitalizzazione del SSN, alla revisione delle procedure di convenzionamento e accreditamento, alla lotta alla corruzione e alla promozione della trasparenza*".
Sicuri dell'impegno del Ministro Grillo, al Governo il SUMAI augura il pieno successo per il raggiungimento di questo fondamentale obiettivo a tutela della salute degli italiani, specialmente per i meno abbienti.

## IL SUMAI E LE DISUGUAGLIANZE REGIONALI

Un unico Servizio Sanitario Nazionale e 21 Sistemi Sanitari Regionali: troppe differenze da Regione a Regione nelle condizioni di salute e nell'aspettativa di vita degli italiani.
In Italia si vive più a lungo a seconda del luogo di residenza o del livello d'istruzione. Queste disuguaglianze sono acuite dalle difficoltà di accesso ai servizi sanitari che penalizzano la popolazione di livello sociale più basso con un impatto significativo sulla capacità di prevenire o di diagnosticare rapidamente le patologie. Insomma il Servizio Sanitario Nazionale assicura, mediamente, la longevità degli italiani, ma non l'equità sociale e territoriale.
Oltre che tutelare la salute, il Servizio Sanitario Nazionale nasce con l'obiettivo di superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese. Ma su questo fronte i dati testimoniano il sostanziale fallimento delle politiche fin qui adottate. Troppe e troppo marcate le differenze regionali e sociali, sia per quanto riguarda l'aspettativa di vita sia per la presenza di malattie croniche.
Il confronto politico nell'ultimo periodo si è, infatti, focalizzato principalmente sui temi fiscali e previdenziali che avranno comunque un forte riflesso sulla sanità.
Si tratta di interventi che, se attuati, condizioneranno le risorse a disposizione del Welfare State e modificheranno le scelte allocative all'interno della spesa per la protezione sociale.
Purtroppo i problemi che affliggono il nostro SSN sono ancora tutti sul tavolo e le soluzioni sono ancora lontane, si pensi alla sostenibilità finanziaria della spesa sani-

taria pubblica, all'emergenza della spesa socio-sanitaria che dovremo affrontare tra circa dieci anni, alle disuguaglianze territoriali e sociali di salute. Gli indicatori analizzati testimoniano che nel corso degli ultimi sei anni i conti sembrano tornati per lo più sotto controllo.
Il Sistema è riuscito, infatti, a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa ed è divenuto "sostenibile" perché ha fatto fronte con le stesse risorse all'aumento della pressione, dovuta all'invecchiamento della popolazione, ai costi indotti dal progresso tecnologico, alle forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi.
In conclusione, luci e ombre caratterizzano il nostro Sistema. Da un lato il successo ottenuto in termini di incidenza e sopravvivenza, grazie all'efficacia delle cure e alla tempestività della diagnosi ed alla prevenzione, dall'altro lato il persistente sacrificio dell'equità in nome del controllo e dell'efficienza della spesa.
Secondo il SUMAI bisogna mettere subito al centro dell'agenda politica il problema dell'equità, visto anche il forte rallentamento della spesa sanitaria pubblica, il contemporaneo aumento della spesa privata e la rinuncia alle cure.
Gli indicatori evidenziano l'esistenza di sensibili divari di salute sul territorio, ne sono la prova i dati del 2017 dove la maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6; decisamente inferiore nelle regioni del Mezzogiorno dove per gli uomini si attesta a 79,8 anni e per le donne a 84,1.

## IL SUMAI E LE LISTE D'ATTESA

Quello delle liste d'attesa è un problema che sta molto a cuore al SUMAI e non è slegato dagli altri problemi che abbiamo già discusso come la carenza di specialisti, il de-finanziamento, le disuguaglianze e via dicendo ed è un chiaro indicatore del fallimento delle politiche regionali sulla sanità territoriale.
Le politiche negli ultimi dieci anni (2007-2017) relative al numero di posti letto ordinari per abitante mostra una diminuzione da 3,8 a 3,2 per mille abitanti rimanendo al di sotto del valore medio massimo stabilito dalla normativa nazionale che è di 3,7.
Nel 2017 a livello regionale la dotazione più elevata di posti letto, in linea con gli standard normativi attualmente fissati, si registra nel Nord-ovest e nel Nord-est con 3,7 posti letto ogni mille abitanti e la più bassa nel Sud dell'Italia con 2,9 posti letto ogni mille abitanti. La disponibilità maggiore di posti letto ospedalieri per mille abitanti risulta nella Provincia autonoma di Trento con 4,1, a seguire in Emilia-Romagna con 4,0 e infine in Valle d'Aosta con 3,8 per mille abitanti. Il Centro è allineato al valore nazionale di 3,3 posti letto per mille abitanti. La dotazione minima di posti letto ordinari in rapporto alla popolazione residente si registra invece in Campania e in Calabria con 2,7 posti letto per mille abitanti.
La riduzione del numero di posti letto in ospedale ha così scaricato gran parte del peso dell'assistenza specialistica sul territorio.
La politica regionale invece di potenziare il territorio, con le risorse a disposizione che si erano liberate dalla chiusura dei posti letto ed assorbire il prevedibile carico aggiuntivo di richieste, lo ha ulteriormente indebolito in molti casi non coprendo i turni degli specialisti SUMAI (l'88% dell'offerta specialistica nel territorio) resisi vacanti, per quiescenza, ma trasferendo addirittura dal territorio 1/3 di ore di specialistica SUMAI già esistenti negli ospedali, ormai decimati di Dirigenti medici a causa del blocco del turnover.
Si è riusciti così in un colpo solo ad ampliare sempre più il divario tra domanda e of-

ferta ottenendo, come risultato "atteso" prevedibile, liste d'attesa interminabili e il ricorso inappropriato ai PS impedendo inoltre anche la prevista attuazione del Piano Nazionale Cronicità e quindi l'avvio dei PDTA.
Dopo anni di oblio, il Ministro Giulia Grillo, appena insediatasi, ha fatto tornare le liste d'attesa al centro dell'agenda politica nazionale con la richiesta alle Regioni dei dati per valutare il fenomeno e prendere così i giusti provvedimenti.
Le Regioni, prese in contropiede dall'iniziativa del Ministro e dopo anni di immobilismo sul problema, improvvisamente, come abbiamo visto, hanno spostato l'attenzione su un altro problema, lanciando l'allarme sulla mancanza di specialisti ma focalizzando però maggiormente l'attenzione verso l'ospedale.
D'altronde le Regioni non potevano rispondere al Ministro che le liste d'attesa erano il risultato di una politica miope di "desertificazione" del territorio. Sarebbe stata, da parte dei governatori, un'ammissione di colpevolezza in quanto la riforma del Titolo V assegna loro autonomia ma anche responsabilità di garantire l'assistenza sanitaria e quindi il servizio pubblico.
Per dirla come le Regioni "è arrivato il momento delle decisioni", non si può più rimandare, bisogna necessariamente e in breve tempo fare le inevitabili assunzioni, tanto sul territorio che in ospedale anche se questo comporterà un inevitabile aggravio dei bilanci regionali, dimostrando così che la politica fin qui seguita è stata fatta da soli tagli e non dal buon governo.
Ma di liste d'attesa però se ne è parlato e se ne parla da più di un decennio.
Forse è l'unico elemento di uguaglianza di tutte le Regioni.
Sono state più volte regolamentate con decreti, circolari applicative ministeriali e regionali. Ma la mole documentale prodotta non ha scalfito di un millimetro la loro spessa corazza producendo solo insuccessi e ottenendo, come risultato, quello di cambiare la terminologia di riferimento passando cioè "dall'abbattimento" al "governo". Il risultato però è che per i cittadini sono sempre lì e sono sempre più lunghe.
In linea generale una lista d'attesa si determina quando, come in questo caso, la domanda di prestazioni specialistiche supera l'offerta delle stesse. Come abbiamo visto si dice che mancano specialisti ed è giusto, però non vengono assunti.
Non vi sono liste d'attesa per una visita dal MMG ma ci sono per una visita dallo specialista e questa, in ogni sistema pubblico, solidaristico e universale, è fisiologica se adeguatamente contenuta, in virtù della necessità di ottimizzare le risorse.
Ma attenzione, cominciano a scarseggiare anche i MMG e presto potremmo aggiungere problemi a problemi.
Che non si possa coprire tutta l'offerta sanitaria specialistica per una crescente domanda di salute e quindi di prestazioni appare prevedibile ed inevitabile, vanno rimosse però le cause che generano domanda inappropriata nella richiesta, altrimenti si aggrava il problema ed i tempi di attesa.
Una delle prime cause di domanda inappropriata, dobbiamo dirlo, è certamente l'aumento del contenzioso medico-legale nonostante che dall'anno scorso sia in vigore la legge Gelli-Bianco dalla quale ci saremmo aspettati una significativa riduzione di cause e richieste di risarcimento.
Mancando ancora i decreti attuativi della legge 24/2017 e alcuni correttivi all'impianto legislativo si alimenta il susseguirsi di sentenze interpretative, una differente dall'altra, che spesso modificano o annullano i principi della legge creando così incertezza tra i medici sulla sua applicazione, e si sa, l'incertezza genera ansia, paura di sbagliare e dunque inappropriatezza.

Altra carenza strutturale, che provoca ripetizioni di esami spesso inutili, è la mancanza di una cartella clinica condivisa tra gli operatori sanitari medici.
C'è poi il Dott. Google che genera auto-prescrizioni dei singoli cittadini i quali chiedono successivamente le prescrizioni al medico, invertendo il corretto processo di cura.
Ci sono infatti pazienti che autonomamente, dopo aver consultato il motore di ricerca, volendo interpretare un sintomo o per "saperne di più" della propria patologia, si presentano dal medico chiedendo la prescrizione di esami, il più delle volte inappropriati. Certo il medico si può e si deve sottrarre ma può succedere che queste richieste siano fatte in modo "aggressivo" al punto che il povero collega si trovi in difficoltà a rifiutare la prescrizione.
Per ovviare a tutto ciò la mente di alcuni "creativi" ha provato ad applicare i RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), che adesso vanno molto di moda, non prevedendo però il coinvolgimento, progressivo e partecipato, dei numerosi attori coinvolti nel processo di erogazione delle prestazioni specialistiche: dal MMG che prescrive la prestazione, al Medico specialista che la eroga, al servizio di prenotazione (CUP) che registra la prenota.
Il percorso di coinvolgimento progressivo è stato saltato e, con la procedura top-down, si è arrivati alla definizione delle categorie di priorità clinica: "Urgente, Breve, Differibile e Programmata" (la classificazione originale sarebbe differente A,B,C). Categorie che dovrebbero consentire al medico che prescrive una prestazione di stabilire a priori il tempo d'attesa ritenuto adeguato.
Questo metodo dovrebbe permettere di ridurre al minimo i tempi anche del MMG che altrimenti, di fronte ad un paziente prioritario, sarebbe costretto a cercare telefonicamente il collega specialista per poter fissare un appuntamento in tempi ragionevoli ma contemporaneamente potrebbe aumentare la responsabilità medico-legale del prescrittore legata alla richiesta prioritarizzata ed allora ....
Un aspetto chiave di tale modello sarebbe quello di riuscire a far partecipare, attorno allo stesso tavolo, i MMG e gli specialisti ad una attività di audit, cioè di pianificazione, sperimentazione, monitoraggio e revisione della propria modalità di prescrizione e prioritarizzazione clinica. Chiaramente questo non è stato fatto, nessuno ha chiamato gli specialisti SUMAI, in pochi casi isolati sono stati chiamati invece rappresentanti di società scientifiche, apprezzabili per la loro attività di ricerca, ma che per nostra disgrazia non erogano personalmente prestazioni specialistiche territoriali e non sono quindi i reali interlocutori dei MMG.
Allora, come spesso succede in Italia, si vanno a formare le agende sulla base delle priorità cliniche, Urgente, Breve, Differibile, Programmata, indicando le prestazioni disponibili per tali priorità giorno per giorno.
Il problema, come dicevamo, è che la quantizzazione di dette prestazioni in ogni ASL viene per lo più fatta "ad occhio" e questo ha determinato, alla fine, una diminuzione delle prestazioni routinarie a vantaggio di presunte e spesso non utilizzate, prestazioni Urgenti o Brevi allungando così ulteriormente le già lunghe liste di attesa.
Questa procedura lascia quindi inutilizzate gran parte delle U e delle B che vengono perse, in quanto non più prenotabili al RECUP in giornata, facendo nascere però il fenomeno, tutto Italiano, delle prestazioni cosiddette "last minute", ovvero a chi si presenta la mattina al CUP Aziendale per chiedere un appuntamento gli viene "suggerito" di andare "di corsa" dal medico a farsi fare subito una ricetta con U o B, così la visita o l'indagine la si può fare subito, con buona pace dell'appropriatezza.
Quindi chi chiama il RECUP trova un appuntamento tra 9 mesi, mentre chi si presenta

al CUP Aziendale, in mattinata, fa una prestazione in giornata.
La fantasia del popolo italico non ha concorrenti!
Inoltre queste strutture, tra programmi informatici (che servono a vedere solo quanto si aspetta per ottenere prestazioni), fondi finalizzati a gestire la complessa macchina delle prenotazioni, libri immensi, delibere, circolari, decreti, chili e chili di raccomandazioni hanno costi milionari.
In più, ma questa è mancanza di senso civico da parte dei cittadini, molte delle visite richieste e prenotate ai CUP regionali non vengono eseguite e neanche annullate dagli utenti che non si presentano e così il resoconto della giornata di noi specialisti è fatto di "vuoti" e "prestazioni perse" determinando una difficile gestione dei budget di spesa definiti con la Regione. Per ovviare ciò una soluzione potrebbe essere di far pagare il ticket a chi prenota, anche se poi non si presenta. Questa soluzione però ha dato scarsi risultati perché non si è riesciti ad applicarla.
Più efficace, anche se "contra legem", è la chiusura delle agende di prenotazione al CUP che ha l'effetto strabiliante, per le ASL e per le Aziende Ospedaliere, che di far diminuire fittiziamente i tempi d'attesa facendo sembrare performante l'azienda sanitaria.
Come? Facile. Andando a prenotare una visita di cui ci sarebbe la disponibilità tra 8 mesi, il CUP dice di ripassare tra 5 mesi. Se va bene la possibilità di prenotare la visita si ha dopo "solo" tre mesi. Così abbiamo virtualmente ridotto le liste d'attesa anche se il Paziente, dalla richiesta, sempre 8 mesi ha dovuto aspettare.
Molte agende ambulatoriali ospedaliere non sono poi disponibili al RECUP perché mancando il personale è sempre più difficile, in ospedale, mantenere contemporaneamente l'attività di reparto e le agende aperte.
Altra tendenza è indicare l'intramoenia come la vera causa delle liste di attesa. Sull'intramoenia hanno lavorato numerose Commissioni parlamentari e tutte sono giunte alla conclusione che questa pratica "libero professionale", se correttamente utilizzata, non genera le liste d'attesa, quindi basta applicare le regole.
Vediamo come funziona.
Il medico specialista finito il proprio orario di lavoro invece di andare a casa lavora per conto dell'azienda che fattura le prestazioni e ci guadagna ricevendone una bella percentuale retribuendo anche il personale sanitario ed amministrativo.
Il medico specialista, che con il suo lavoro genera profitto per tutti, se va bene il mese successivo incassa, al lordo delle tasse, al massimo il 30% dell'importo della fattura su cui dovrà pagare anche la quota previdenziale obbligatoria del fondo B alla Fondazione ENPAM.
Ma in molti sono contrari. Allora, immaginiamo un mondo senza la famigerata intramoenia.
Il medico finito di lavorare in Ospedale o in ambulatorio visto che ha ancora energie ed i pazienti lo richiedono, va a visitare in studio privato incassando tra l'altro totalmente l'intera tariffa prestazionale.
Così le aziende potranno avere a disposizione gli spazi prima usati in attività intramoenia per le attività istituzionali, ma il problema è che l'Azienda dovrà necessariamente assumere altro personale, dirigenti in ospedale o aumentare le ore di Specialistica SUMAI sul territorio.
Insomma la soluzione sarebbe aumentare l'offerta e occupare gli spazi liberatisi ma in pratica, viste le condizioni del Fondo sanitario e le molte Regioni in piano di rientro, difficilmente praticabile. L'unico risultato che si otterrebbe è che, in alcune ore del giorno, avremo ospedali ed ambulatori chiusi ma gli studi dei medici pieni.

Ironia della sorte, esiste il Fondo aziendale per l'attività libero professionale istituzionale dei medici (ALPI), un ossimoro, al quale viene destinato e vincolato il 5% del fatturato (in Italia calcolato in oltre 70 milioni annui, se consideriamo poi che l'ALPI si fa da circa 18 anni l'importo accantonato dovrebbe essere di circa un miliardo di euro), per essere utilizzato proprio per l'abbattimento delle liste di attesa e c'è da chiedersi, a questo punto, come questo fondo sia stato finora gestito (tanto per conoscenza: con 1 miliardo potremmo avere circa 17 milioni di ore di specialistica SUMAI pari a circa 65 milioni di prestazioni.
Nel "governo" delle liste d'attesa ci sono poi dei termini ricorrenti: prestazioni aggiuntive, aumento delle prestazioni fuori dai budget, elementi che determinano un aumento dei costi. Soluzioni provvisorie per 3 - 4 mesi e poi si ricomincia.
Un esempio? La Regione Toscana, il cui governatore Enrico Rossi, si è dichiarato da sempre contro l'intramoenia perché, a suo parere, causa di liste d'attesa, ha avuto "l'idea" di usare proprio l'intramoenia con i medici ospedalieri stanziando un fondo "ad hoc", quindi pagato dalle Aziende Toscane, dopo accordi sindacali a tariffe che io definirei "non congrue" per dei medici specialisti.
Ma questo è un altro discorso
Un altro esempio? La Regione Lazio che ha emanato il DCA 110 "Piano regionale per il Governo delle Liste di Attesa" prevedendo prestazioni aggiuntive, con liste aggiuntive create "ad hoc" per 63 prestazioni critiche.
Il RECUP, come da programma, ha chiamato i Pazienti in lista proponendo, per queste prestazioni, di anticiparle. L'83% dei Pazienti non le ha volute anticipare e solo il 17% ha accettato. Così i milioni stanziati sono finiti in maggioranza nelle casse dei privati che hanno avuto la possibilità di aprire agende aggiuntive chiamando per tre mesi medici (non sappiamo se specialisti), con contratti a termine libero-professionali pagati a forfait al limite della decenza o a percentuale.
Risultato? Per un breve periodo le liste di attesa si riducono ma subito dopo, finiti i fondi stanziati, aumentano nuovamente e ritorna tutto come prima.
Probabilmente la Toscana e il Lazio, ma anche le altre Regioni, avrebbero potuto usare questi denari pubblici "a perdere" per aumentare invece il massimale l'orario gli specialisti territoriali (SUMAI) già titolari a tempo indeterminato e/o pubblicando nuovi turni di specialistica proprio per quelle specifiche branche considerate critiche, in modo da poterle governare strutturalmente e in modo definitivo, invece di attuare queste soluzioni temporanee che rinviano solo il problema senza risolverlo.
Altra questione, parlando sempre di liste d'attesa, è il ruolo delle strutture private accreditate. Queste hanno una convenzione a budget con le Regioni che le assimila al sistema pubblico di offerta come fossero pubbliche a tutti gli effetti ma che molto spesso però non rendono piena disponibilità delle loro agende e delle prestazioni ai CUP regionali.
Infatti, utilizzano propri CUP aziendali i quali, raggiunto il budget disponibile, si scelgono le prestazioni da eseguire e anche i Pazienti da prenotare, possibilmente quelli che pagano il ticket, creando così altre liste di attesa per i soli esenti, non conosciute dalle Regioni e che si aggiungono a quelle ufficiali
Sempre queste strutture hanno una modalità di reclutamento del personale medico fatta per chiamata non per concorso e neanche per graduatoria.
Questa modalità di assunzione certamente non garantisce al cittadino che la prestazione richiesta sia poi eseguita con certezza dallo specialista della branca richiesta e non da un sanitario privo del titolo di specializzazione magari figlio o parente dell'azionista.

Altro esempio di creatività è il tentativo di introdurre dei tempari prestazionali, riducendo il tempo delle prestazioni e quindi aumentando artificiosamente il numero di esami previsti per ogni ora che, oltre a comportare un illecito, ammette pubblicamente e indirettamente di essere a conoscenza della presenza di una scarsa offerta specialistica. I "tempari" oltre a non risolvere il problema ne creano altri, andando contro i legittimi interessi del paziente il quale, dopo aver atteso a lungo, si ritrova a dover fare una visita "a cronometro", in totale spregio della qualità del tempo di cura e della comunicazione esponendo i professionisti, e soprattutto i pazienti, a possibili errori medici creando contenzioso, atti di violenza, disfunzioni, mancanza della necessaria empatia, distruggendo definitivamente quanto di quel poco rimasto di alleanza tra medico e paziente.
Fortunatamente queste iniziative sono state stoppate da una recente sentenza del TAR Lazio che ne impedisce l'uso e che impegna gli ordini professionali a vigilare sulla regolare applicazione del codice deontologico.
Per noi una possibile soluzione, oltre a quella di bilanciare la domanda con un'offerta adeguata di ore di specialistica territoriale SUMAI, sarebbe quella superare i CUP e i RECUP e mettere in rete gli attori del sistema che sul territorio sono i MMG, i PLS e gli Specialisti Ambulatoriali (Sumaisti).
La rete permetterebbe ai medici di comunicare tra loro e ai Pazienti di non passare più attraverso i CUP, in quanto al Paziente preso in carico sarebbero prenotate direttamente le visite permettendo di attivare, per i cronici, i PDTA superando così l'attuale sistema d'attesa che per la maggior parte è costituito da prestazioni programmabili (vedi esperienza del Lazio dove l'83% di utenti ha rifiutato l'anticipo della visita e della prestazione). Si supererebbe anche l'accesso improprio ai PS dovuto in gran parte, come detto, all'impossibilità per molti pazienti di pagare il ticket sanitario o la prestazione specialistica in privato. Si tornerebbe insomma ad un accesso fisiologico al PS senza più affollamenti e migliorando sensibilmente le attività del personale dedicato e la cura dei pazienti.

## IL SUMAI E GLI ATTI DI VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI

Certamente le difficoltà di accesso alle cure, le liste di attesa, la carenza di personale sanitario, l'abbandono da parte dello Stato dei presidi di polizia nei PS, una campagna di stampa aggressiva, il continuo contenzioso medico-legale, sono tutti elementi che hanno portato, nel tempo, ad un aumento degli atti di violenza sugli operatori sanitari.
Questa è una dell'emergenze che ci preoccupa di più, anche perché dobbiamo recuperare, al più presto, quell'alleanza tra medico e paziente che è la base per una corretta relazione di cura.
Quell'alleanza che è stata minata dai tagli alla sanità, dal blocco del turnover e dalla burocrazia scaricata sul medico.
Infatti il tempo che il medico può dedicare al paziente è sempre meno.
Molte di queste aggressioni sono causate proprio dalla mancanza di comunicazione tra medico e paziente. Paziente che si sente solo, ignorato, non più ascoltato.
Queste mancanze però possono essere causate anche dalla disorganizzazione, dal sovraffollamento dei Presidi sanitari, dalla troppa burocrazia amministrativa.
I Dirigenti Aziendali sono al sicuro nei loro uffici, gli amministrativi interagiscono con l'utente da dietro un vetro e può accadere che il paziente arrivi esasperato dagli unici con cui ha un rapporto fisico, senza barriere: gli operatori sanitari.

Poi c'è la violenza peggiore, quella sulle donne medico che ovviamente sono le più sensibili, le più facili da colpire, perché consideratele più deboli. Qui subentra un altro tipo di situazione, da numerosi studi e sondaggi è emersa una difficoltà del Paziente a colloquiare in maniera garbata con una collega specie se giovane.
Molte di queste aggressioni, oltre che nei punti di emergenza (PS, guardia medica), e di Salute Mentale, accadono ormai anche nei reparti ospedalieri e nei poliambulatori. I più a rischio sono gli psichiatri e proprio per questo non devono essere lasciati soli, come accadde invece a Bari dove una psichiatra fu accoltellata e morì mentre cercava di fare il suo lavoro, sola!
Come SUMAI abbiamo apprezzato e ringraziato pubblicamente il Ministro Grillo per la sensibilità e l'attenzione dimostrate rispetto all'escalation di violenza contro i medici e gli operatori sanitari e per aver preso, come promesso, provvedimenti fattivi in tempi rapidi presentando il DDL "disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'ambito dell'esercizio delle loro funzioni" e facendolo approvare dal Consiglio dei Ministri l'8 agosto scorso.
Come organizzazione sindacale maggiormente rappresentativa di 20.000 operatori sanitari del SSN, alcuni dei quali vittime di violenza durante lo svolgimento delle loro attività, ci rendiamo sin da ora disponibili, nel rispetto dei ruoli reciproci, a dare tutto il nostro contributo affinché il DDL possa andare in porto dopo l'iter parlamentare però vogliamo esprimere alcune osservazioni in merito.
Appare insufficiente solo l'integrazione dell'art. 61 del codice penale, che disciplina le circostanze aggravanti nei confronti di chi commette reati con violenza o minacce in danno degli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni, con un inasprimento delle pene per questo specifico reato.
Riteniamo necessario prevedere, nella legge, la procedibilità d'ufficio che tra l'altro permetterebbe di conoscere i reali dati del fenomeno oggi ancora sottostimati in quanto gli operatori sanitari spesso non denunciano, in quanto soli a dover querelare, a loro spese, senza il supporto dell'azienda sanitaria presso cui operano e, soprattutto, per salvaguardare il rapporto di fiducia con gli assistiti o per paura di ritorsioni in caso di denuncia. Prevedere nuovamente l'articolo 3, cassato in CdM, che, integra il decreto Minniti sulla sicurezza urbana prevedendo la possibilità di presidi delle Forze dell'Ordine e Militari all'interno degli ospedali e prevedere analoghe forme di vigilanza anche nei presidi territoriali.
Prevedere l'obbligo da parte delle Aziende Sanitarie di creare tutti quegli accorgimenti, anche strutturali, necessari per garantire la sicurezza degli operatori, ma anche la presenza di guardie armate ove non ci fossero le forze dell'ordine e a non permettere agli esercenti le professioni sanitarie di lavorare da soli, in sala visita, in ottemperanza anche alla raccomandazione n.8 del 2007, del Ministero della Salute.
Se il DDL dovesse uscire così dal Parlamento aumentando solo le pene per un reato che resta, in molti casi, procedibile solo su querela di parte, in un contesto in cui gli operatori sanitari spesso non denunciano, sarebbe infatti una misura, a nostro avviso, ma non solo, non pienamente efficace.
Ormai non si tratta più di casi isolati ma di un fenomeno che sta diventando praticamente quotidiano con una pericolosità crescente per chiunque indossi un camice bianco, donna o uomo, medico o infermiere che sia.

## IL SUMAI E I PERCORSI CONDIVISI TERRIRORIO / OSPEDALE / TERRITORIO

Come abbiamo già detto la legge n.135/2012 ha previsto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati effettivamente a carico dei Sistemi Sanitari Regionali, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie. Oggi il numero medio di posti letto è invece di 3,2 per 1.000 abitanti e questo ha creato una situazione a macchia di leopardo con aree del Paese in cui l'offerta al è al disotto delle reali necessità, specie negli ospedali periferici i quali, a causa dell'impoverimento di personale e di attrezzature, hanno livelli di organizzazione che non garantiscono le normali attività di un ospedale.

In queste aree si dovrebbero potenziare le formule alternative al ricovero e valorizzare la rete specialistica ambulatoriale SUMAI, in un quadro di differenziazione di livelli erogativi articolati sulla base dell'effettivo potenziale di gestione della complessità.

Negli ultimi 10 anni sono spariti oltre 70.000 posti letto. Personalmente è dal 1986, da quando cioè ho iniziato la mia attività sindacale, che da un lato assisto ad una politica di riduzione dei posti letto e dall'altra ascolto i soliti annunci di potenziamento del territorio senza che nulla cambi realmente.

Il governo precedente con il Piano Nazionale della Cronicità ha finalmente messo in chiaro quanto è necessario per poter superare le attuali criticità dando al territorio e ai convenzionati (MMG, PLS e SUMAISTI), la presa in carico del Paziente cronico, che non necessita di ricovero e all'ospedale quello di presa in carico delle acuzie prevedendo una continuità tra territorio e ospedale e viceversa tra ospedale e territorio ma tutto è rimasto sulla carta.

Tranne un timido tentativo da parte del Direttore Generale di AGENAS, Francesco Bevere, che due anni fa ha sondato le disponibilità dei sindacati maggiormente rappresentativi ad un percorso condiviso di integrazione ospedale-territorio, non è stato mai più delineato con chiarezza il percorso politico, organizzativo e culturale capace di realizzare quel necessario equilibrio tra il mondo ospedaliero ed il mondo territoriale mediante lo sviluppo di modelli consolidati di cure territoriali, in una logica di rete clinica che possa offrire diversi livelli di risposta a differenti setting di domanda sanitaria.

AGENAS, sindacati medici (SUMAI compreso) e professioni sanitarie hanno prodotto un documento denominato Re.Se.T, (Rete Servizi Territoriali) sulla metodologia per la riorganizzazione dei servizi territoriali e la loro integrazione dell'assistenza con l'ospedale che però non è stato mai presentato ufficialmente.

La comunità scientifica sostiene, infatti, la necessità di organizzare modelli di assistenza sanitaria tra ospedale e territorio integrando le varie figure professionali esistenti (MMG, Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici Ospedalieri, Professioni Sanitarie), facilitando la comunicazione ed il confronto e la presa in carico dei cittadini in una ottica di continuità assistenziale che sfrutti anche le tecnologie informatiche.

Si tratta "solo" di mettere seduti allo stesso tavolo le istituzioni e le organizzazioni sindacali rappresentative dei vari attori, ospedalieri e territoriali, per concordare insieme quel modello organizzativo, unico, che pianifichi l'integrazione per gestire il paziente complesso in una logica e in un percorso condivisi tra tempi e luoghi differenti di erogazione della prestazione sanitaria.

Il filo che unisce contratti (tipicamente ospedalieri) e convenzioni (tipicamente territoriali) è nel ruolo che si intende assegnare ai vari professionisti in rapporto con le Aziende Sanitarie e che deve essere, a nostro avviso, di natura prettamente professionale e non quello di mano d'opera laureata, specializzata e salariata al ribasso

sotto il governo delle attuali logiche gestionali da parte delle Regioni.
Oggi gli attori che lavorano nel SSN, hanno profili giuridici diversi ma non divaricati, diverse condizioni di lavoro e diversi ambiti di autonomia, ma non devono essere l'uno contro l'altro armati. Bisogna superare preconcetti che danneggiano tutti allo stesso modo, essere alleati ed organizzati per lavorare insieme per un unico scopo: il bene della salute del cittadino.
Proprio noi medici dobbiamo superare le divisioni e rimediare al fallimento di una politica sanitaria sinora spezzettata in 21 Sistemi Sanitari Regionali con modelli organizzativi ed indicatori di salute differenti tra loro. Noi non dobbiamo fare lo stesso errore, circa 20 differenti categorie.
Il Piano Nazionale delle Cronicità, nel capitolo "Un diverso modello integrato ospedale/territorio" afferma che il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale) e che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.
Con la riduzione dei posti letto, l'ospedale va concepito come uno snodo ad alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale (SUMAI) e con la Medicina Generale, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multi-professionali ma anche multi-specialistiche dedicate che facilitino le "dimissioni assistite" nel territorio, e le "ammissioni assistite" in ospedale finalizzate a ridurre il drop-out dalla rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazione a breve termine e di out-come negativi specie nei pazienti con cronicità.
Lo specialista convenzionato interno (SUMAISTA), che oggi opera anche in ospedale, è sicuramente la figura di congiunzione e integrazione indispensabile tra nosocomio e territorio agevolando la presa in carico specialistica del Paziente sia esso acuto o cronico con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello.
L'efficacia della presa in carico del cittadino dipenderà in misura rilevante dall'efficienza delle relazioni e della comunicazione tra tutti i professionisti.
In sostanza, si tratta di "favorire il passaggio da un insieme di strutture di I e II livello territoriale dove sono presenti MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali Interni a un sistema ospedaliero integrato in grado, attraverso il modello a rete, di moltiplicare i punti di accesso per il cittadino nella fase di riconoscimento del bisogno e di trattamento delle patologie più diffuse".
Alla luce del nuovo contesto assistenziale che vede l'ospedale come luogo principale per le acuzie che richiedono il ricovero e il territorio come luogo in grado di dare risposte assistenziali, il nuovo modello organizzativo deve avere una duplice valenza: favorire l'integrazione territorio – ospedale – territorio in una prospettiva multidisciplinare; contrastare il fenomeno dei ricoveri ripetuti, contenendo inefficienze in termini di spese e costi elevati rivolgendosi in particolare ai "soggetti-fragili" quindi ai soggetti anziani "complessi" portatori di poli-patologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti.

## IL SUMAI E LA PRIMA PARTE DEL RINNOVO DELL'ACN

Quest'anno, il 29 marzo abbiamo siglato "Il nuovo Accordo Collettivo Nazionale che disciplina i rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre Professionalità Sanitarie (Biologi, Psicologi e Chimici), il 21 giugno scorso è stato ratificato dalla Conferenza Stato Regioni e dal 7 agosto, essendo stato pubblicato in G.U., è vigente. Si è così parzialmente concluso un lavoro iniziato nel 2015 quando, prima degli altri, avevamo già chiuso la parte normativa.

Durante questo periodo di tempo abbiamo definito ancor meglio, nel contratto, il ruolo della specialistica che, con questo ultimo ACN, esce rafforzata nell'ambito di quelle che sono le proprie peculiarità. Per la nostra categoria questo ACN ha quindi una duplice valenza: una prettamente economica e l'altra, non meno importante, normativa.

Sotto il primo aspetto abbiamo ricevuto gli arretrati corrispondenti alla vacanza contrattuale per gli anni 2010-2015 e per i successivi 2016 e 2017, con gli incrementi previsti.

Sotto l'aspetto normativo si è provveduto a stabilire alcune priorità che richiedevano una soluzione negoziale.

E così nel nuovo articolato abbiamo definito, oltre all'aggiornamento e alla revisione delle branche specialistiche e delle specializzazioni professionali, l'impegno delle Regioni ad affrontare il ricambio generazionale, ormai diventato una necessità impellente da regolamentare nella seconda parte dell'ACN.

Abbiamo inoltre definito il ruolo della specialistica SUMAI nella realizzazione degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale quali il piano nazionale cronicità, il piano vaccinale, l'accesso improprio ai PS, il governo delle liste d'attesa e l'appropriatezza.

Questo permetterebbe alle Regioni di gestire meglio la specialistica ambulatoriale e quindi le liste d'attesa, riducendo l'accesso ai PS, governando la cronicità e la presa in carico dei pazienti in un rapporto equo ospedale-territorio.

Secondo quanto firmato nell'ACN, la programmazione regionale dovrebbe dunque puntare ad un ruolo sempre più incisivo e importante per chi lavora nel territorio, che tenga conto delle necessità dei medici affinché questi vengano messi nelle condizioni di operare al massimo e di garantire le prestazioni richieste e l'efficienza del sistema.

Viene quindi specificata l'importanza e la centralità della specialistica ambulatoriale per quanto riguarda la gestione delle patologie croniche; per diminuire gli accessi impropri al PS.

Potenziare la specialistica significa, principalmente, sfoltire le liste d'attesa evitando che siano proprio i pazienti più deboli e più bisognosi ad essere costretti ad andare al Pronto Soccorso per poter effettuare una visita o una indagine specialistica.

Poi il tema vaccinazioni, con l'inserimento della specialistica in tutte le attività collegate sia in età pediatrica che in età adulta. Questo è l'impegno firmato dalla SISAC e ratificato dalla Conferenza Stato-Regioni; staremo a vedere.

### UNA RIFLESSIONE DOVEROSA

Nonostante quel ruolo strategico che ci viene riconosciuto, a partire dalla legge istitutiva del SSN sino alla Balduzzi e successivamente dal Piano della Cronicità fino all'ultimo ACN, viene investito per la nostra convenzione, compresi gli ultimi incrementi, solo lo 0,87% dei 114 miliardi di Fondo Sanitario. Se quella cifra fosse semplicemente raddoppiata permetterebbe, da subito, di risolvere, vorrei dire definitivamente, tutti quei problemi di cui abbiamo parlato sinora: liste di attesa, accessi impropri al PS, garantendo inoltre universalismo, equità e solidarietà a tutto vantaggio dei cittadini e del SSN.

Le Regioni e lo Stato dovrebbero investire un po' di più per il personale sanitario, che è quello che fa la sanità, dando quindi un forte segnale agli operatori sia medici che delle altre professionalità sanitarie. Questo creerebbe un effetto positivo e un miglioramento delle condizioni di lavoro incentivando a lavorare meglio e tutti insieme, indipendentemente dal rapporto giuridico, perché il lavoro della sanità del futuro dovrà essere svolto in equipe.
Non si può infatti, pensare che ci siano differenze tra le categorie. Per lavorare in gruppo occorre dare quel minimo di incentivazioni, far capire agli operatori che sono al centro del progetto SSN, per offrire l'assistenza che il cittadino si aspetta di avere.
Il MEF ci dice che le risorse al momento sono quelle: ne di più né di meno.
Quello che andrà discusso, già nel prossimo ACN, è come impiegare tali risorse.

## IL SUMAI E LA SECONDA PARTE DEL RINNOVO DELL'ACN

Ci sono comunque ancora delle questioni aperte e mi riferisco al triennio 2016- 2018, che vanno chiuse con la definizione del trattamento economico per mandarlo a regime. Il mandato che il Comitato di settore ha dato alla SISAC è di utilizzare gli incrementi in maniera tale da privilegiare la parte variabile del compenso cioè cominciare, anche nel settore della Convenzionata come previsto per la dipendenza, a remunerare non sulla base paritaria ma, fermo restando la base della remunerazione, immaginare che le risorse siano sempre più progressivamente spostate sugli obiettivi". Perché questo avvenga dobbiamo però garantire e creare le condizioni perché non si debba negoziare, ogni volta, nuovamente con i funzionari delle Aziende il pagamento del dovuto, già definito in sede di ACN e come in alcune parti è accaduto per il pagamento degli arretrati.
Se dal confronto serrato tra Regioni e Stato si vorranno trovare finalmente le condizioni politiche per individuare la fonte di finanziamento dei Contratti e delle Convenzioni e per definire una parte normativa anche comune, il SUMAI è disponibile a ripartire con il nuovo tavolo negoziale per completare gli AA.CC.NN. della Medicina Convenzionata purché preliminarmente ci sia un'integrazione all'atto di indirizzo o addirittura, un nuovo atto di indirizzo che preveda per le Convenzioni (MMG, PLS e Specialistica Ambulatoriale) una comune parte normativa che finalmente permetta al territorio di integrarsi e prevedere in modo organico i futuri cambiamenti in funzione della organizzazione sanitaria che verrà.
Abbiamo avuto, presso la SISAC, un primo incontro il 20 settembre u.s. ma al momento non ci sono delle proposte concrete sul tavolo ma la medicina convenzionata tutta, ne sono convinto, si farà trovare pronta e compatta, al momento giusto, per presentare una sua comune piattaforma.
È evidente che tutto quello che sarà deciso ad un tavolo automaticamente dovrà passare anche all'altro. Risolto questo aspetto fondamentale sul versante normativo si completerà, dopo un decennio di blocco contrattuale, anche l'aspetto degli incrementi economici ed il nostro auspicio sarebbe quello di chiudere entro l'anno o al massimo entro i primi mesi del prossimo anno, in modo da avere le risorse da riconoscere come arretrato e le risorse da mettere in busta paga come incremento strutturale quindi a regime a partire dal 1 gennaio 2019. La chiusura dei contratti permetterà al mondo convenzionale di rimettere in moto la macchina in maniera regolare ed organica, non più emergenziale come è stato fatto in questi ultimi anni. Sicuramente le risorse sono poche. La parte economica messa a disposizione non rappresenta certamente un grande investimento considerando il ritardo di otto anni. Però è un ristoro, seppur parziale, rispetto alla perdita del potere di acquisto in questi anni.

## IL SUMAI E LA SOSTENIBILITÀ DEL SSN

Roy Romanow, nell'aprile del 2009, nelle conclusioni della Commission on the Future of Health Care in Canada, di cui era a capo, affermò "*il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia*". Non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie), ma si tratta di definire i principi che consentono di specificare i termini della sostenibilità di un sistema sanitario.

Troppo spesso la salute (e la spesa per la salute), è stata considerata solo un tema di sanità, dimenticando gli impatti sul sistema economico e produttivo del Paese.

La sostenibilità del sistema sanitario è prima di tutto un problema culturale e politico. Da queste conclusioni è necessario ripartire.

La tesi della "non-sostenibilità" economica della sanità pubblica si fonda sul convincimento politico che la spesa sanitaria sia incontrollabile e il tentativo operato nel 1992 e perseguito attualmente di una netta apertura ai mercati assicurativi, ne è la prova.

Anche negli ultimi anni dietro ai vincoli di finanza pubblica e della crescita dei costi sanitari e della rilevanza della spesa sanitaria privata gonfiata "ad hoc", si è rilanciato il tema della necessità di un secondo e terzo pilastro privato e/o di un universalismo selettivo; insomma un'altra presa in giro ma che ha però interessi miliardari.

Guardando i dati ISTAT, gli ultimi sono del 2016, la spesa sanitaria privata, che comprende anche prestazioni extra LEA e i consumi dettati da scelte individuali, tra cui gli integratori alimentari e le medicine non convenzionali, è stata pari a 37 miliardi di euro, di cui il 91% sostenuta direttamente dalle famiglie, cioè "out of pocket" e il restante 9% "intermediata".

La spesa intermediata da polizze di assicurazione, mutue e fondi integrativi, ha un valore di circa 4,7 miliardi di euro a cui va aggiunta la cosiddetta "spesa fiscale", nell'anno 2016 superiore a 3 miliardi. Senza contare i costi fiscali, legati al boom del welfare aziendale, che presentano evidenti profili d'iniquità se il risparmio di imposta, voluto dal governo Renzi, per coloro che ne beneficiano rappresenta un onere a carico di tutti i cittadini, anche i meno abbienti.

Quindi la spesa privata italiana, di fatto, non ha avuto quegli incrementi che i sostenitori dei secondi e terzi pilastri reclamizzano. L'incremento complessivo, dal 2000 al 2016, è il più basso aumento pro-capite (1,8 %) tra tutti i Paesi OCSE. Dunque, l'inarrestabile e così enfatizzato aumento è solo un procurato allarme ed una strategia per aprire la strada ad altri soggetti.

Impoverire la sanità pubblica, svuotarla di competenze professionali (sia dei Medici dirigenti in ospedale che dei SUMAISTI nel territorio) per far posto ad assicurazioni, mutue e fondi, significa condannare il SSN a non reggere l'onda d'urto della crisi e ad essere spazzato via, a scapito dei cittadini e di quanto ottenuto con la legge 833/78.

Si vogliono ridurre i diritti e le tutele dei cittadini, mettendo a rischio la coesione sociale e la solidarietà tra ceti e generazioni, stressando anche la fiducia nelle istituzioni. È quello che stanno cercando di fare, lo vediamo e lo percepiamo tutti i giorni.

## IL SUMAI E UN ANNO DI POLITICA SINDACALE

Sul fronte sindacale per il SUMAI Assoprof è stato un anno molto intenso.

Devo a tale proposito ringraziare tutti i componenti della segretaria nazionale, tutti i segretari Regionali e Provinciali per il grande impegno profuso in quest'anno pieno di azione. Un ringraziamento particolare ai componenti del Centro Studi e della Scuola di Formazione Sindacale e delle varie delegazioni trattanti per l'imponente lavoro svolto per il rinnovo degli AA.CC.NN. sia del SSN che dell'INAIL e dei tavoli negoziali, ancora aperti del SASN e dell'INPS.

Ringrazio anche Stefano Simoni il nostro addetto stampa per la sua passione, competenza professionale, disponibilità e pazienza.
Un ringraziamento particolare a Rosaria, Settimio, Luigi, Mara e Sofia che mi "sopportano" e mi "supportano" tutto l'anno.

## STAGIONE CONTRATTUALE

Forti di una consolidata e importante alleanza tra i sindacati maggiormente rappresentativi in campo nazionale (SUMAI, FIMMG e FIMP) all'interno dell'area convenzionata siamo riusciti, non senza qualche difficoltà, ad aprire i rispettivi tavoli negoziali con la SISAC che ha portato dopo 8 anni alla sigla dei nuovi AA.CC.NN economici ma anche in parte normativi.

### Sisac/Ssn

Come SUMAI abbiamo siglato il 29 marzo 2018 il nuovo ACN, recepito il 21 giugno e già pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 7 agosto. Ora ci siamo nuovamente seduti al nuovo tavolo negoziale per chiudere la parte economica, ancora mancante, sempre che vi siano le condizioni ma senza dimenticare la modifica degli articoli 18 e 19 ed il superamento delle incompatibilità con l'abrogazione del punto i) dell'art.25 con inoltre le indispensabili ed ormai urgenti correzioni all'attuale testo che hanno mostrato, in questi 3 anni, chiari problemi applicativi e il necessario inserimento di nuovi articoli che definiscano nell'articolato gli impegni presi in quest'ultimo ACN. Ci aspettiamo, dalle Regioni e dal Governo, un segnale di apertura verso il mondo convenzionato e della dirigenza trovando quelle risorse economiche necessarie per concludere questa lunga e difficile fase contrattuale ma ancor di più per dare gambe a quell'idea di rafforzamento vero dell'attività territoriale e di rapporto, di quest'ultima, con l'ospedale in una continuità territorio-ospedale-territorio, integrando l'attuale atto di indirizzo e se fosse necessario scriverne uno nuovo, ormai questione sempre più urgente se vogliamo salvaguardare quello che è rimasto del SSN.

### Inail

A maggio abbiamo siglato anche il rinnovo del contratto con l'INAIL. Un articolato importante, che arriva dopo molto tempo e che per questo aveva la necessità di essere aggiornato al fine di evitare problematiche legate ad una stesura precedente che ha permesso libere interpretazioni. Anche in questo caso la parte economica è stata integrata contemporaneamente a quella dell'ACN siglato con la SISAC.

### Sasn

Abbiamo riaperto, dopo un lungo periodo di sospensione, il 31 luglio anche il tavolo negoziale per il rinnovo dell'ACN del personale navigante che si era precedentemente interrotto per il cambio del Direttore Generale.
Durante le prime riunioni abbiamo già definito buona parte dell'articolato. Anche in questo caso speriamo di chiudere entro l'anno o nei primi mesi del prossimo anno.

### Inps

La questione dei medici fiscali e degli specialisti esterni che operano all'interno dell'Ente di Previdenza è aperta da tempo. Dal 1° settembre 2017 ha preso il via il Polo unico per le Visite Mediche di Controllo, che attribuisce all'INPS la competenza esclusiva ad effettuare visite fiscali, sia su richiesta dei datori di lavoro (pubblici e privati),

sia d'ufficio. Questa innovazione avrebbe dovuto portare con sé, secondo quanto previsto dall'atto d'indirizzo dei Ministeri del Lavoro e della Salute del 2 agosto 2017, una completa rimodulazione della disciplina che regolamenta il rapporto tra l'INPS e i medici fiscali tramite la stipula, entro il 31 dicembre 2017 e ancora non avvenuta, di un Accordo Collettivo Nazionale.
Non è ancora risolta l'incredibile situazione che vede i 1.200 medici fiscali e i 900 specialisti esterni INPS, dopo oltre 25 anni di attività, privi di una stabilità d'incarico e di tutte quelle tutele presenti nelle convenzioni del Servizio Sanitario Nazionale e dell'INAIL.
Il grande lavoro svolto dal SUMAI Assoprof, grazie anche al prezioso contributo di un'instancabile Francesca Tassi, in questo ultimo anno, è stato quello di aver fortemente sostenuto e difeso tutti i medici INPS sia del polo fiscale che gli specialisti esterni a livello nazionale e al tavolo negoziale.
Il nostro obiettivo è provvedere, il prima possibile, alla tutela di questi colleghi, alla definizione di una Convenzione Unica Nazionale che permetta il miglioramento delle loro attuali condizioni contrattuali, di lavoro, di formazione e di tutela disciplinare e che porti finalmente al riconoscimento della dignità lavorativa e alla fine del precariato di questi professionisti.
Uno dei nodi che ritarda la conclusione della trattativa, ironia della sorte, è proprio la previdenza che l'INPS non voler concedere all'ENPAM ai sensi della normativa vigente come viene fatto già dal SSN, dall'INAIL e dal SASN.
Permettetemi una battuta: bisognerebbe chiedere ai ministeri del Lavoro e della Salute se vi siano delle sanzioni per l'INPS che non vuole mettere in regola i suoi 2.100 medici. Non si può avere la botte piena e la moglie ubriaca; se l'INPS vuole questi medici liberi professionisti a convenzione la legge impone il versamento delle quote all'ENPAM se l'Ente vuole che i contributi siano versati all'INPS, allora, li assumesse tutti come dipendenti.

## ATTIVITÀ FORMATIVA

### Il Corso Mast

Nei mesi di febbraio e di marzo 2018 abbiamo tenuto a Roma, il primo corso "Management Assistenza Specialistica Territoriale" MAST, realizzato con il patrocinio della SIFoP, e organizzato con la collaborazione del Centro Studi e della Scuola di Formazione Sindacale del nostro sindacato, rivolto a Specialisti in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Medicina Veterinaria, Psicologia, Biologia, Chimica iscritti al SUMAI.
Il corso è stato finalizzato alla discussione di tematiche relative alla legislazione, all'organizzazione Aziendale, all'economia sanitaria e alla progettazione in ambito sanitario fornendo strumenti manageriali a dei professionisti, per lo più clinici, che sono inseriti o si stanno inserendo nel nuovo quadro organizzativo determinato dalla 189/2012, che innova profondamente l'assetto territoriale dei servizi sanitari e individua per gli specialisti ambulatoriali interni una precisa funzione, normata nell'ACN, ma permettetemi un'altra battuta ... solo nel nostro!

### Corsi universitari di primo e secondo livello

Anche quest'anno si sono svolti i Corsi di Alta Formazione Universitaria di I e di II livello. Il Corso di Alta Formazione Universitaria di I livello "*La Medicina specialistica*

*verso la Community Care*", giunto alla quarta edizione presso l'Università Alma Mater di Bologna, e il corso di II livello "Pratiche di Management per la Community Care", giunto alla seconda edizione, per i Medici Specialisti ed altre figure del sistema sanitario presso l'Università Ca' Foscari di Venezia e presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma – ALTEMS.
Anche quest'anno i corsi hanno avuto grande successo con un notevole numero di iscrizioni, stiamo pensando di migliorare e rendere ancora più saldo il rapporto del SUMAI con queste prestigiose Università con delle iniziative che speriamo di presentare a consuntivo al congresso del prossimo anno.

### Formazione Ecm

Si segnala una grande partecipazione ai corsi di Formazione ECM, organizzati in gran parte d'Italia, dei nostri specialisti iscritti al SUMAI anche grazie alla convenzione che abbiamo con la Società Italiana di Formazione Permanente per la medicina specialistica ambulatoriale (SIFoP) che hanno permesso di soddisfare gratuitamente il debito formativo ECM.

### Formazione Fad

Grandissimo successo hanno avuto i corsi di formazione a distanza (FAD), anche questi grazie alla convenzione con La Rivista Medica Italiana" e SIFoP che hanno permesso e permetteranno sino alla fine di quest'anno di poter raggiungere i 50 crediti formativi previsti gratuitamente per tutti gli iscritti SUMAI Assoprof.
Possiamo dire, con soddisfazione, che dai dati in nostro possesso, anche grazie alla continua offerta di corsi ECM sia frontali che FAD, abbiamo garantito gratuitamente mediamente circa 33 crediti formativi ad ogni singolo iscritto assicurando come categoria la più alta percentuale di crediti pro capite.

## SERVIZI AGLI ISCRITTI

- La **formazione ECM gratuita** grazie, appunto, alla convenzione con SIFoP e Rivista Medica Italiana.
- La **polizza assicurativa "RC Colpa Grave"** obbligatoria ai sensi della legge 24/2017, con i requisiti previsti dalla stessa legge, attraverso una convenzione a livello nazionale riservata ai soli iscritti del SUMAI Assoprof. La convenzione è stata stipulata con una primaria compagnia assicuratrice, che dà massima copertura possibile con tariffe riservate e concorrenziali e che si potranno ulteriormente ridurre aumentando l'attuale numero di adesioni. Si aderisce direttamente dal sito del SUMAI Assoprof.
- La **polizza assicurativa "RC Auto"** attraverso una convenzione riservata ai soli iscritti al SUMAI con Genialloyd che permette risparmi minimi dal 5% al 7% ma che possono anche arrivare anche al 45%. Si aderisce direttamente dal sito del SUMAI Assoprof.
- L'**adesione al Fondo Sanitario ASSIDAI** anche questa riservata esclusivamente agli iscritti al SUMAI Assoprof con un piano sanitario base per nucleo famigliare unico nel suo genere per coperture e costi che possono rimanere ridotti del 40% raggiunto un numero congruo di adesioni. Si aderisce direttamente dal sito del SUMAI Assoprof.

- La polizza sanitaria **SaluteMia Società di Mutuo Soccorso dei Medici e degli Odontoiatri** costituita da parte del Fondo Sanitario Integrativo dei Medici e degli Odontoiatri, sviluppato dalla Fondazione ENPAM per rispondere alle esigenze di assistenza sanitaria integrativa per gli iscritti ed i propri famigliari: Si aderisce direttamente al sito di SaluteMia;
- L'**Iscrizione automatica alla newsletter SUMAInforma** per essere sempre aggiornati sul mondo SUMAI a livello Nazionale e nelle realtà locali.
- L'**Abbonamento gratuito al periodico Medical Network**, organo di informazione del SUMAI Assoprof.
- L'**App Sumai** gratuita scaricabile da Apple Store e da Android Google Play per Smartphone e Tablet che permette di entrare nel mondo SUMAI e di usufruire di tutti servizi con un click, che andremo a migliorare e implementare.
- Il rilascio e la **personalizzazione di una e-mail "gratuita"** con casella di Posta elettronica e di Posta elettronica certificata PEC.
- La **consulenza sindacale** riservata ai soli iscritti al SUMAI Assoprof
- La **consulenza legale gratuita con "Area Sanità"** riservata ai soli iscritti al SUMAI Assoprof che prevede assistenza stragiudiziale legale gratuita ed in caso di giudizio civile o penale tariffe prefissate convenzionate.
- La **consulenza previdenziale gratuita** per appuntamento telefonico o per appuntamento in sede riservata ai soli iscritti al SUMAI Assoprof.
- La **consulenza Assicurativa gratuita** riservata ai soli iscritti al SUMAI Assoprof.
- L'**attività di patronato gratuita** riservata ai soli iscritti al SUMAI Assoprof.

## LA RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ SINDACALI

- Il **SERVIZIO LEGALE UNICO CENTRALIZZATO** seguito dall'Avv. Locasciulli per tutte le necessità di assistenza e intervento legale per le varie segreterie provinciali, regionali e nazionale. Vedi anche il successo del ricorso al TAR contro la regione Lazio per la questione tempari.
- La **CONVENZIONE CON PK CONSULTING** per la consulenza a livello nazionale, per tutte le sedi del sindacato, per l'applicazione di quanto previsto dalla normativa di "Regolamento (UE) 2016/679 trattamento dei dati personali" a mezzo del quale il Parlamento europeo ha aggiornato l'ordinamento italiano apportando importanti modifiche al D. Lgs 196/2003 in merito al trattamento dei dati personali (cosiddetta *Privacy*).
- Il contratto di **COLLABORAZIONE CON L'AGENZIA WESTMINSTER,** specializzata nella informazione parlamentare, nella consulenza e nel monitoraggio istituzionale statale, regionale ed europeo. Il servizio consiste nel seguire analiticamente le attività di Parlamento, Governo e ministeri. Sono state definite con il SUMAI le materie "sensibili", Westminster mette in campo la propria struttura al fine di raccogliere tutte le informazioni utili per il soddisfacimento delle necessità informative e di approfondimento. Il Monitoraggio dei Bollettini Ufficiali delle Regioni e dei siti istituzionali, sono selezionati e sintetizzati i provvedimenti adottati da regioni,

province, comuni legati agli interessi del SUMAI. Per alcune regioni e province autonome viene effettuato il monitoraggio delle attività di Giunta e Consiglio.

- L'**acquisizione di un applicativo per video-conferenza** direttamente gestito dalla Segreteria Nazionale per agevolare la comunicazione delle Segreterie Regionali e Provinciali con la Segreteria Nazionale e organizzare riunioni di commissioni e del centro studi, risparmiando così sui costi delle trasferte e il conseguente numero di ore di distacco sindacale legato alla trasferta.
- La **conferma di adesione alla CIDA** (Confederazione Italiana Dirigenti ed Alte Professionalità). Attraverso quest'operazione abbiamo voluto confermare i nostri termini di rappresentanza e quindi di maggior peso di rappresentanza del SUMAI insieme alle altre componenti della dirigenza permettendoci di utilizzare tutti i suoi servizi dedicati e riservati alle varie componenti della confederazione.
- La **partecipazione ad APM** (Alleanza per la Professione Medica) insieme alle altre organizzazioni sindacali ANDI, ANPO-ASCOTI-FIAL MEDICI, CIMO, CIMPOP, FESMED, FIMMG, FIMP, SBV, della convenzionata e della dirigenza operanti nel settore pubblico e privato accreditato a salvaguardia dell'indipendenza e della professione medica che oggi è sotto attacco e che ha bisogno di affermare sempre più il suo ruolo centrale nella sanità italiana.

## IL SUMAI E LA PROFESSIONE MEDICA IN VISTA DEGLI STATI GENERALI DELLA SANITÀ

"*Oggi dobbiamo interpretare la nostra crisi professionale come un'occasione e un'opportunità per farci riconoscere il ruolo che ci spetta, dai cittadini, dalle altre professioni, da chi gestisce il sistema, da chi decide a livello politico le regole, da chi ci forma nelle Università anche se è la strada più difficile e faticosa.*
*Guardare quindi alla crisi professionale come ad un'opportunità giustifica l'organizzazione degli Stati Generali come momento che serve a produrre cambiamento. Dobbiamo interpretarla come una occasione per la professione per riposizionarsi, con i suoi valori, in una società in continuo cambiamento, rinnovandosi*".
Così il Presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli, nella sua Relazione al Consiglio Nazionale del 6 luglio 2018. Il SUMAI Assoprof appoggia pienamente l'iniziativa della FNOMCeO di voler organizzare gli Stati Generali della Sanità e in particolare sull'approfondimento delle sei macro-aree problematiche, da cui partire per avviare un dibattito approfondito sul nostro ruolo professionale come proposto dalla commissione della Federazione e che sono:

1. **I CAMBIAMENTI E LE CRISI**
2. **IL MEDICO E LA SOCIETÀ**
3. **IL MEDICO E L'ECONOMIA**
4. **IL MEDICO E LA SCIENZA. CLINICA E CULTURA**
5. **IL MEDICO E IL LAVORO**
6. **LA MEDICINA IL MEDICO E IL FUTURO. UNA NUOVA DEFINIZIONE DI MEDICINA**

**IL PRIMO PUNTO (I CAMBIAMENTI E LA CRISI)** riguarda la medicina amministrata, cioè il tentativo di superare il medico ippocratico e sostituirlo con un medico burocratizzato, proceduralizzato, *un esecutore di procedure*.
Ma ha a che fare anche con i nostri problemi di legittimazione sociale, compresi i fe-

nomeni del contenzioso legale e della crescente sfiducia nei confronti della nostra professione da molti considerata poco adeguata alle complessità di un cittadino che da *paziente è diventato una persona che rivendica i suoi diritti.*

**SUL SECONDO PUNTO (IL MEDICO E LA SOCIETÀ)** in sostanza è accaduto che in ragione di molti fattori politici, culturali, sociali il medico non decide più in autonomia cosa deve essere fatto. Sono tanti che mettono bocca su cosa deve fare il medico e come lo deve fare; troppi!

**SUL TERZO PUNTO (IL MEDICO E L'ECONOMIA)** con la scusa della sostenibilità ci hanno condizionato nel nostro essere medico e limitato la nostra autonomia decisionale, alterando la nostra stessa natura e in tanti sognano di ridurci a dei burattini nelle mani di amministratori sparagnini, prova di ciò è quanto successo con i tempari.
Facciamo nostro uno slogan molto significativo: "la sostenibilità non contro il medico ma attraverso il medico"! Nel senso di affidare al medico anche la responsabilità dell'impiego qualificato delle risorse.
Come SUMAI siamo convinti che nella scala dei valori la deontologia venga prima dell'economia, ma niente esclude che la deontologia debba garantire una economicità compatibile con la gestione clinica dei problemi.

**IL QUARTO PUNTO (IL MEDICO E LA SCIENZA. CLINICA E CULTURA)** interi settori della società hanno un'idea di malattia, di malato, di salute, spesso diversa dalla nostra, cioè da quella scientificamente accreditata. La questione dei vaccini è paradigmatica. Spesso le evidenze scientifiche non sono più sufficienti come l'unico reale strumento di validazione. Il passaggio malattia/malato segna una crescita di complessità rispetto alla quale l'Università non ci ha preparati.
Nonostante il mutato rapporto, il medico è e rimane l'unico e indispensabile mediatore tra i bisogni di salute del paziente e l'accesso ai servizi di diagnosi e cura, perché in un contesto così complesso il ragionamento clinico non può appiattirsi sull'applicazione di una linea guida quasi fosse un algoritmo implementato da un computer.

**IL QUINTO PUNTO (IL MEDICO ED IL LAVORO)** non si cambia niente in sanità se non cambia il lavoro. e se il lavoro non cambia, anche la sanità non cambia nonostante le sue numerose riforme. Per questo il lavoro diventa uno snodo cruciale. Ripensare il lavoro significa tante cose, tutte difficili, perché vanno a collidere con i tanti interessi che insistono nella sanità. Significa ripensare il ruolo giuridico del medico e tentare una ridefinizione che vada oltre il sistema duale del medico dipendente e del medico convenzionato. Significa ripensare il ruolo delle organizzazioni del lavoro. Significa ripensare i modi di agire e di fare. Significa ripensare i rapporti tra professione e retribuzione.

**IL SESTO PUNTO (LA MEDICINA, IL MEDICO E IL FUTURO. UNA NUOVA DEFINIZIONE DI MEDICINA)** ci limitiamo a constatare che le definizioni sinora utilizzate anche nei vocabolari della lingua italiana sono, in ragione dei cambiamenti che noi abbiamo in mente di avviare, sicuramente arretrate.
In futuro, vediamo un grande sforzo da parte nostra nel ridefinire, le definizioni. Quelle principali che ci riguardano sono diverse: la medicina, il medico, il malato, la malattia, la salute, la cura, ecc. Oggi, queste nozioni, sono tutt'altro che scontate. Bi-

sogna recuperare una riflessione sulla post modernità come fase in cui una società ripensa se stessa senza distruggere quella che c'era prima.
Definire una medicina e un medico post moderno significa ripensare quello che c'era prima prendendoci la responsabilità di distinguere quello che nella tradizione va ammesso al futuro e quello che invece va abbandonato perché non più adeguato.
Quando pensiamo agli Stati Generali pensiamo ad un bilancio sulle nostre esperienze, sui nostri problemi ma anche sulle nostre possibilità. Se vogliamo salvare il medico e la professione medica dobbiamo avere il coraggio intellettuale di distinguere quello che va da quello che non va.

Termino rivolgendo a tutti l'invito fatto dal nostro Presidente, Filippo Anelli, a sostenere con iniziative locali la discussione che ci porterà agli Stati Generali.
Una discussione che ci vede tutti protagonisti del cambiamento.
*"Ci aspettiamo, come risultato di questi eventi e su ogni tema proposto un contributo concreto che possa in qualche modo essere la base per elaborare quel documento finale, che sarà presentato durante gli Stati Generali. Da quell'evento dovrà uscire un documento storico, la Magna Carta della professione, scritta in maniera collaborativa dai medici insieme a tutta la società civile, come rifondazione della medicina e della professione medica nei loro fondamenti identitari. Dovrà sempre guidarci in questo percorso il principio irrinunciabile che la tutela della salute non è un qualunque bene di consumo, ma un diritto fondamentale dell'individuo e un bene comune della collettività".*

## IL SUMAI: IL RICAMBIO GENERAZIONALE

Questa è la priorità per il futuro ed è un impegno, in parte già messo al sicuro, in quanto il SUMAI lo ha fortemente voluto nel testo dell'ultima convenzione firmata: "*Necessità di affrontare il ricambio generazionale*" fare cioè quanto possibile, nella normativa, per agevolare l'inserimento dei giovani medici specialisti nelle graduatorie e quindi l'accesso nel SSN.
Se non si interverrà con la regolare e naturale sostituzione di chi va in pensione con i nuovi specialisti nel 2025 ci sarà un bisogno inevaso di circa 10.661 specialisti ambulatoriali interni, che associato al contemporaneo pensionamento di circa 47.543 ospedalieri porterà ad una carenza pari a 58.204 specialisti con buona pace della presa in carico, dei PDTA, e dell'integrazione tra territorio-ospedale e ospedale-territorio e di tutto il Servizio sanitario nazionale pubblico senza contare anche il contemporaneo pensionamento di 35.000 medici di medicina generale che nel caso di un perdurare dell'attuale immobilismo regionale, seppellirà per sempre il SSN.
Se non s'interverrà in tempo, ci saranno conseguenze sulla sostenibilità anche del sistema previdenziale che, in mancanza di nuove risorse, andrà inevitabilmente in crisi per la carenza di una regolare e sufficiente contribuzione pensionistica, alterando l'equilibrio di tutti gli Enti Previdenziali pubblici e privati. In mancanza di adeguati correttivi, la politica oggi si sta assumendo una grave responsabilità nei confronti di tutti gli Italiani.
Come prima iniziativa, in attesa dell'ormai non più rimandabile riapertura del naturale turnover, il SUMAI Assoprof propone già oggi alle Regioni e alle Aziende Sanitarie, senza aggravio di spesa, di ricoprire immediatamente i turni resisi vacanti, per l'andata in quiescenza dei titolari d'incarico, principalmente in quelle branche che oggi risultano carenti rispetto al fabbisogno ed avviare così il processo di presa in carico mediante la pronta attivazione dei PDTA e per coprire la necessaria attività

di tipo prestazionale, riducendo così le liste di attesa, il tutto ad isorisorse.
Come?
Uno specialista convenzionato che va in quiescenza ha un costo medio orario superiore del 40-50% rispetto ad un giovane neoassunto. Pertanto con il costo di 38 ore di uno specialista, che oggi va in pensione, si possono attivare, con la stessa cifra, a bilancio invariato, mediamente circa 58 ore di specialistica con un giovane specialista.
Invece di alienare queste risorse, convertirle dalle ore di branche pletoriche degli specialisti andati in pensione con ore di branche carenti pubblicandole, o asssegnandole direttamente ai sensi dell'art. 18 quando si sono rese vacanti, o attivando nuovi turni di specialistica ambulatoriale interna con un minimo fisso di almeno 15 ore settimanali.
Trasformare tutti i tempi determinati, che hanno un maggior costo e già consolidati in bilancio, in tempi indeterminati con un ulteriore risparmio, utilizzabile da subito di risorse economiche di oltre il 35% riutilizzabili per attivare ulteriori ore necessarie.
Utilizzare inoltre quanto oggi impegnato in bilancio per i contratti anomali (Co.co.co e Co.co.pro, vietati tra l'altro dalla legge 81/2015) e si potrebbero trasformare, quelli esistenti, "una tantum", in contratti a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN della specialistica ambulatoriale del 2015.
Anche questi tutti ad isorisorse, in quanto già economicamente previsti e coperti da numerosi anni dai rispettivi bilanci Aziendali e Regionali e quindi ormai consolidati come spesa storica. Modificare l'utilizzo di eventuali risorse economiche stanziate dalle Regioni per progetti di pochi mesi finalizzati a "controllare o abbattere le liste di attesa" che se utilizzate ai sensi dell'ACN/2015 garantirebbero invece migliori risultati con copertura strutturale della specialistica necessaria.
Quanto appena proposto è perfettamente in linea con le risorse previste in bilancio, già utilizzate e senza quindi alcun aggravio di spesa.
È solo questione di volontà politica e di reale volontà di salvaguardare e mantenere nel nostro Paese il SSN.
Non ci sono scuse.
Purtroppo però i segnali che arrivano da alcune parti sono preoccupanti e rischiano seriamente di minare alla radice tutti gli sforzi fatti per rilanciare il SSN e soprattutto la medicina territoriale.
Se il piano Nazionale della Cronicità chiede che la medicina del territorio e la specialistica ambulatoriale, in particolare, venga rafforzata in quanto rappresenta uno dei punti nodali di questa riorganizzazione, come possiamo permettere di tenere ai margini del sistema i colleghi più giovani? Al contrario questi devono costituire il perno del nuovo sistema ma per poter arrivare a questo devono essere pienamente coinvolti ed integrati in modo completo e al più presto.
In mancanza di un regolare turnover c'è il rischio reale, già avvertito in alcuni territori, che si creino dei vuoti in corrispondenza del punto più alto della curva dei pensionamenti che associata alla mancata stabilizzazione dei colleghi più giovani porta, oltre al mancato servizio, anche alla perdita della naturale trasmissione della conoscenza da parte dei più anziani ai più giovani, un'insostituibile ricchezza che rischia di andare inesorabilmente perduta a discapito di tutta la comunità.
Un errore che tutta la sanità Italiana rischia di pagare a caro prezzo la cui responsabilità ricadrà sulla politica nazionale e regionale.

## IL SUMAI: LE SUE PROPOSTE E LE SUE CONCLUSIONI

La stagione sindacale passata è stata piena di avvenimenti e quella che verrà lo sarà altrettanto.
In ordine temporale il primo avvenimento è stato quello della sottoscrizione degli Accordi Collettivi Nazionali della Convenzionata, il secondo avvenimento è la recente sentenza di maggio del TAR del Lazio sulla vicenda "Tempari" che ha bocciato le visite a cronometro ed ha riconosciuto in pieno le nostre ragioni a salvaguardia della qualità dell'opera professionale e della tutela della salute del cittadino.
Il terzo avvenimento è la presenza di un nuovo Governo del paese con un nuovo esecutivo, quindi un nuovo ministro della Salute, l'onorevole Giulia Grillo, ed un nuovo Ministro delle Finanze, il Prof. Giovanni Tria. Del Ministro Giulia Grillo conosciamo la sua attività parlamentare, riferita alla scorsa legislatura in Commissione Affari sociali della Camera. Come responsabile del dicastero ha già dimostrato una forte attenzione alle tematiche del territorio avendo, come primo atto, chiesto alle Regioni, in vista della predisposizione del nuovo Piano nazionale liste d'attesa, un report su quali attività abbiano messo in campo, per contrastare il fenomeno.
Questo, come detto, ha creato scompiglio scatenando immediatamente la reazione delle Regioni che hanno subito portato alla ribalta il caso "mancanza specialisti" seguito subito dopo da una successiva serie di proposte secondo loro risolutive del problema ma che per noi sono inaccettabili in quanto figlie di una strategia, che se passasse porterebbe all'interno del SSN medici non specialisti con contratti anomali e a cascata aprirebbe le porte ad una contrattazione non più nazionale ma decentrata. Insomma ognuno per sé con 21 accordi differenti.
Se il titolo V, che ha dato alle Regioni un'autonomia praticamente illimitata, svuotando lo Stato centrale di poteri e competenze ed ha trasformato un SSN in 21 Sistemi Sanitari Regionali diseguali portandoci ad una vera negazione dell'universalismo, della solidarietà e dell'equità, perché dovremmo dare ancora più autonomia alle regioni? Per accentuare ulteriormente le diseguaglianze?
Ha ragione Ivan Cavicchi quando dice "*siamo proprio sicuri che la richiesta delle Regioni, sia più "autonomia" e non più "arbitrarietà e quindi a scapito dei diritti degli altri?"*.
Secondo il SUMAI in questo modo verrebbe ufficializzata la fine del Servizio Sanitario Nazionale per morte cerebrale e il cadavere sarebbe già preparato sul tavolo operatorio per l'espianto dei 21 Sistemi Sanitari Regionali completamente indipendenti con regole e modelli differenti.
Se passasse questa strategia Regionale, verrebbe pregiudicata per sempre l'intenzione del Ministro e del Governo di preservare e rifinanziare il SSN e la stessa esistenza del Ministero della Salute.
Guai quindi a far uscire i 21 buoi dalla stalla. Riportarli indietro sarebbe difficilissimo, se non impossibile, anche perché ognuno di loro ha già individuato il suo pascolo con l'erba buona e da lì, state certi, non ritornerebbe più nella stalla e rimarrebbe li a pascolare.
Noi medici non possiamo stare fermi, dobbiamo agire.
Bisogna immediatamente pensare ad un modello organizzativo di sanità globale che interessi contemporaneamente la medicina convenzionata territoriale e la medicina ospedaliera, una nuova sanità intesa come un unico sistema, superando le due sanità nate e concepite storicamente come distinte e separate: la medicina di base e la medicina specialistica ambulatoriale da una parte e l'ospedale dall'altra quando tutto ci dice che invece servirebbe un unico modello di sanità integrata con differenti competenze

ma pari dignità.mQuesta separazione è evidente negli attuali Accordi Collettivi Nazionali (ACN) e nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL). Creata e mantenuta "ad hoc" facendo sì, ad esempio, che la specialistica SUMAI nel 2015 fosse l'unica a firmare un ACN, ai sensi della 189/2012. La specialistica SUMAI per 3 anni, è rimasta prigioniera di una normativa voluta con specifico atto di indirizzo dalle Regioni tramite il Comitato di settore e che avrebbe invece dovuto prevedere, anche nelle altre convenzioni, l'obbligo di istituire e partecipare alle AFT e contemporaneamente anche alle UCCP assieme con tutte le altre categorie sanitarie. Ma adeguato il contratto della specialistica alla Balduzzi, tutto in realtà è rimasto come prima perché le altre convenzioni ed i contratti della dirigenza non si sono rinnovati in questo senso, anzi alcuni non si sono proprio rinnovati. In SISAC, nel 2018, dopo 8 anni la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta hanno firmato, come l specialistica il loro nuovo ACN, ma ancora una volta nell'articolato non vi è traccia di alcuna forma organizzativa comune, tutto è stato nuovamente rimandato a ulteriore nuovo ACN. Insomma anche per la MMG e PLS è rimasto tutto come prima. Dall'ARAN ancora nessuna notizia. Non si riesce ancora a chiudere nessun contratto per la dirigenza.
Insomma, passano gli anni e nulla se non una inutile perdita di tempo.
È arrivato il momento di riportare la palla al centro di ritornare ad una unica regia, centrale per un Servizio sanitario che sia effettivamente nazionale lasciando alle Regioni si la loro autonomia, quella prevista dal titolo V, ma solo come capacità e facoltà di amministrarsi all'interno di regole nazionali condivise, altrimenti sarà il caos.
La medicina di base con la specialistica ambulatoriale da una parte e l'ospedale dall'altra sono, rispetto alla cura delle malattie, i veri pilastri della sanità pubblica, ma, come dicevo vanno ripensate come un sistema unico e nazionale. Non ha senso riformare l'ospedale senza riformare contestualmente la medicina convenzionata,
Non c'è dubbio che il vero atto riformatore è quello di attivare finalmente una efficiente comunicazione tra la medicina di base e la specialistica nel territorio e di entrambe con l'ospedale per il ricovero e viceversa per la dimissione, con una rete di comunicazione comune tra i vari attori del sistema che permetta loro di colloquiare, attualmente cosa non possibile.
Quindi se la medicina di base e la specialistica ambulatoriale cambiano ma non cambia anche l'ospedale o viceversa fallisce l'obiettivo della rete e quindi della comunicazione.
Se il progetto di ripensamento, come qualcuno suggerisce, è fare del luogo di vita del cittadino l'HUB e il resto lo SPOKE non vi è dubbio che la medicina di base e la specialistica ambulatoriale assumerebbero un'importanza strategica diventando di fatto la cerniera tra la domanda di salute e l'offerta di sanità. Per fare in modo che la "medicina convenzionata" diventi HUB però bisogna ripensarne l'organizzazione e andare ben oltre quel vecchio modello di assistenza ambulatoriale privilegiando il lavoro di squadra e non più dei singoli.
I medici di famiglia, a differenza degli specialisti ambulatoriali, come abbiamo detto, non hanno firmato l'ACN nel 2015, perché in questi anni hanno giustamente puntato i piedi contro i vari tentativi di volerli inglobare in un sistema di controllo della spesa solo di tipo economicistico.
Un conto è costruire delle relazioni con altri servizi e un conto è esserne inglobati.
Gli specialisti ambulatoriali invece, liberi professionisti come i MMG ma parasubordinati lavorando già all'interno delle strutture pubbliche, come i dirigenti, hanno potuto firmare quel contratto prima di altri perché ne prevedeva la piena apertura dell'area e ne certificava il ruolo all'interno del SSN, secondo i dettami della Balduzzi, ma anche

perché considerati, erroneamente, già di fatto "inglobati" nel capitolo dei costi quando sono invece sono nel capitolo della spesa proprio come la Medicina Generale e la Pediatria di libera scelta.
I medici di famiglia, per la peculiarità della loro convenzione, giustamente hanno fatto resistenza all'inglobamento temendo di perdere la loro condizione di liberi professionisti, più degli specialisti che con la convenzione SUMAI sono riusciti a mantenere sia i principi libero professionali di autonomia, senza vincoli gerarchici e con la possibilità di esercitare la libera professione ma avendo anche le tutele della dipendenza perché operanti all'interno dei presidi pubblici a differenza dei medici di famiglia che operano principalmente presso i loro studi e molto meno nelle strutture gestite dalle ASL.
Questa condizione è sempre stata vista, specie dai gestori, come un limite nel senso che un libero professionista, a differenza di un dipendente pubblico, non è controllabile e condizionabile in quanto organizzativamente e professionalmente maggiormente libero da condizionamenti.
In questi anni, i medici di famiglia sono stati spesso indicati come i responsabili di molte diseconomie soprattutto quelle che fanno capo ai ricoveri ospedalieri e, insieme agli specialisti ambulatoriali, il loro rapporto libero professionale è stato visto come un problema.
I medici di base sono accusati inoltre di essere scarsamente integrati con i distretti e con gli ospedali, di prescrivere spesso in eccesso farmaci e analisi ed accertamenti strumentali; di ricoverare in modo improprio, di delegare spesso il loro malato allo specialista, ecc. Gli specialisti ambulatoriali sono invece accusati, dai loro detrattori, di non aver vincoli gerarchici, di essere poco "assoggettabili ai voleri e alle imposizioni" di alcuni a causa delle loro norme contrattuali e difficilmente disponibili a tappare i buchi dell'organizzazione secondo logiche più personali che aziendali.
Sono accusati, inoltre, di non inviare i pazienti nei reparti ospedalieri aziendali ma dove ritengono sia meglio per il malato, di lavorare solo per le ore d'incarico, per cui sono retribuiti, e di dare poca o nessuna disponibilità a trattenersi oltre l'orario senza remunerazione aggiuntiva. Infine sono accusati di eseguire un numero di prestazioni orarie secondo scienza e coscienza, mantenendone deontologicamente la qualità senza mai superare le 4 prestazioni orarie come previsto dall'ACN, ecc.
Da tempo si sta tentando, specie con atti di indirizzo, di coinvolgere maggiormente la medicina di base senza però prevederne l'integrazione con gli specialisti ambulatoriali per la gestione specialistica sul territorio che non richieda il ricovero e con gli ospedalieri per la gestione specialistica che richieda il ricovero.
Se c'è un luogo, ospedale a parte, per poter ricostruire il rapporto fiduciario tra medico e cittadino questo certamente è la medicina territoriale con il medico di medicina generale e lo specialista ambulatoriale, in quanto accumunati anche dal fatto di essere quei professionisti che il Paziente si può scegliere, i medici di fiducia.
Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale deve tenere conto anche della qualità e dell'economicità del sistema e quindi della necessità di più medicina generale e di più specialistica ambulatoriale quali filtri in grado, con il lavoro in equipe, di selezionare la domanda, facendo passare solo quella che non può non avere una risposta ospedaliera, ed essere in grado poi di riprenderla in carico subito dopo la dimissione per evitare il più possibile il ripetersi di nuovi ricoveri.
In particolare la medicina specialistica ambulatoriale SUMAI è l'unica ad aver rotto quell'errata sovrapposizione storica, vale a dire che specialistica coincida sempre con l'ospedale. Non tutto ciò che richiede una prestazione specialistica deve andare per

forza in ospedale, anzi, se si può gestire sul territorio e al domicilio del Paziente è sicuramente meglio in quanto erogata a costi decisamente inferiori e con un maggiore gradimento da parte del cittadino.
Vanno quindi ripensate sia le convenzioni (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali), che i CCNL (Ospedale) se vogliamo dare sostenibilità al sistema. È indispensabile riformare tutti insieme e contemporaneamente in quanto farlo separatamente non avrebbe senso. Oggi il futuro di buona parte della specialistica territoriale (SUMAI) è nel luogo di vita del cittadino e non solo in ospedale dove andare esclusivamente quando è strettamente necessario.
Ne deriva che tra la medicina di base e la specialistica ambulatoriale (SUMAI) devono cadere quelle storiche separazioni, che sino ad ora hanno minato la possibilità di trovare invece quelle che sono le naturali complicità funzionali caratterizzate da pari dignità e rispetto dei lori rispettivi ruoli.
Cadendo queste separazioni, che sono risolvibili prevedendo nei rispettivi ACN articolazioni normative comuni, la logica organizzativa dovrebbe andare ben oltre quella della medicina di gruppo fatta solo da medici di medicina generale. Diventa indispensabile il continuum integrato, tra medicina di base e specialistica (SUMAI),
È quindi improcrastinabile superare il sistema duale che ormai ha più di 40 anni di storia, figlio della mutualità e ripreso dalla riforma 833/78, fatto dalla separazione tra medicina convenzionata libero-professionale e medicina ospedaliera a dipendenza.
Bisogna una volta per tutte, con i fatti e non solo con le parole, mettere al centro il Paziente individuando come HUB il luogo di vita del cittadino e tutto il resto come SPOKE, cioè decidendo un solo perno del sistema intorno al quale far ruotare il sistema.
Oggi oltre alla crisi del rapporto medico-paziente vi è anche la crisi tra medico e Azienda Sanitaria.
Si è infatti interrotto il rapporto di fiducia del medico nei confronti dell'azienda sanitaria per la quale lavora in quanto è sempre più solo ad affrontare i problemi. Il medico soffre la politica economicistica miope, fatta solo di tagli e risparmi senza nessun investimento. Il medico lavora sempre più per gli obiettivi del Direttore generale e sempre meno per quelli riguardanti la salute dei pazienti.
Oggi manca la fiducia e non c'è più certezza di niente. Sempre più spesso, infatti, viene richiesta l'azione sindacale, da parte degli iscritti, proprio per questo motivo. Bisogna che le regole siano rispettate da tutti e prima di tutto proprio dalle istituzioni che devono dare per prime l'esempio.
In questa crisi tra doveri e diritti e di scarsa legalità, il ruolo del sindacato è fondamentale per cercare di trovare la giusta mediazione, sempre nel rispetto delle regole scritte, concordate e firmate dalle parti in sede di contrattazione nazionale e decentrata.
Il Servizio Sanitario Nazionale si salva con la partecipazione di tutti gli attori, ognuno per le proprie competenze e ruoli, consapevoli che la salute è il bene fondamentale dell'individuo. Il SSN è la garanzia di poter contare sempre e comunque (indipendentemente da dove mi trovo, che sia in Veneto o in Calabria, in ambulatorio del medico di famiglia o nel poliambulatorio specialistico della ASL, a casa o ricoverato in ospedale, se sono ricco o povero, se occupato o disoccupato), su un'assistenza sanitaria universalistica, solidale ed equa.
Perso questo, probabilmente si perderebbe anche quell'ultimo importante collante di un'unità nazionale voluta ed ottenuta con il sangue dei nostri predecessori che sognavano un'Italia unita nel lavoro, nella giustizia, nell'istruzione e nella salute.

Sumai
ASSOPROF
Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

# Il Sumai: Garanzia per il Servizio Sanitario Nazionale

## 51° Congresso Nazionale

Saint Vincent
Park Hotel Billia
8 – 12 ottobre 2018