



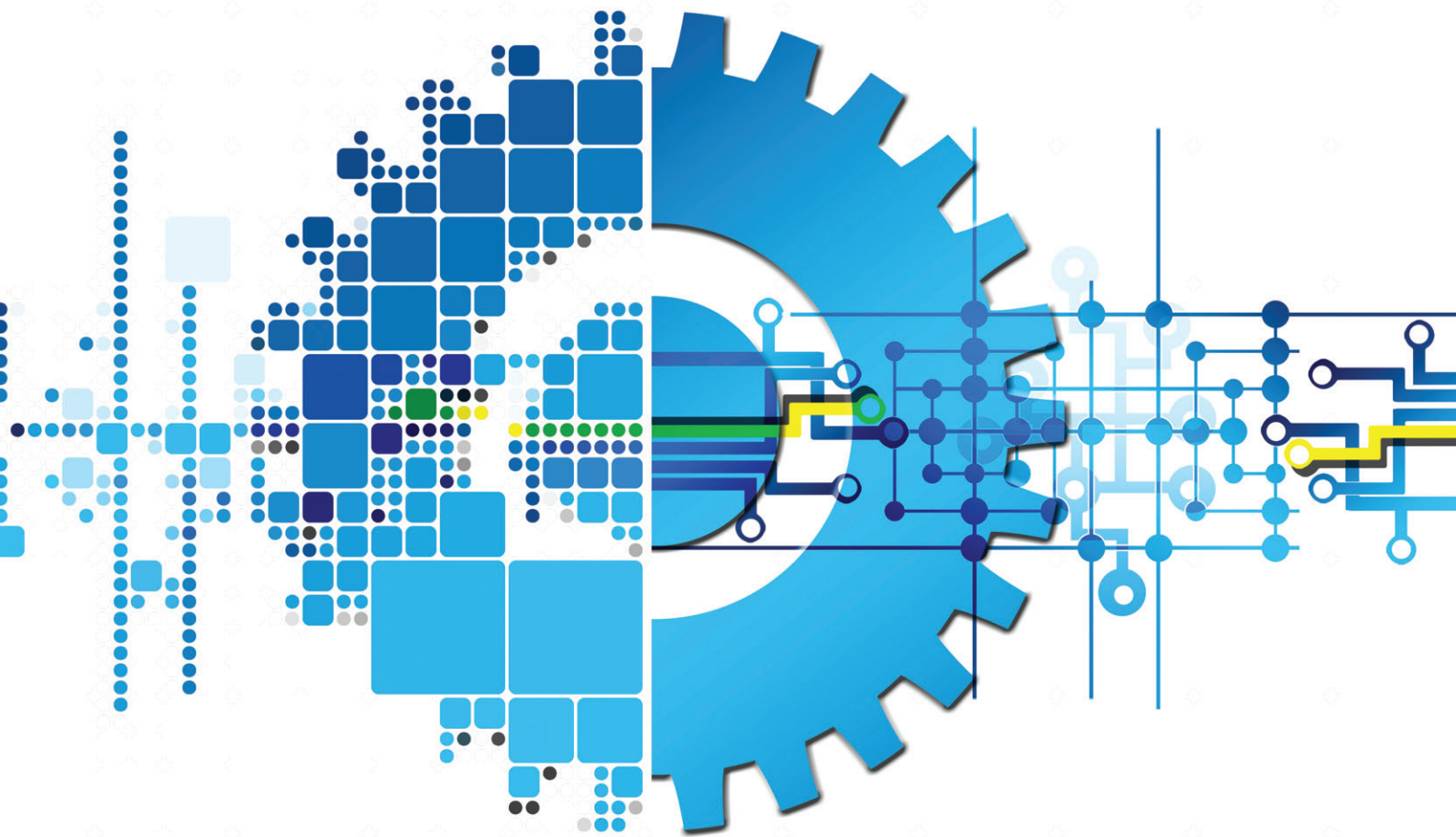
Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

53° Congresso
Nazionale

Roma, Sheraton
Parco de' Medici Hotel
10 - 15 ottobre 2021

Sumai protagonista nei **CambiaMenti**



Relazione del Segretario Generale
Antonio Magi



INDICE

3	INTRODUZIONE
6	CAMBIA...MENTI SUMAI PROTAGONISTA NELLA PROPOSTA
6	CAMBIA...MENTI SUMAI E LA PANDEMIA
8	CAMBIA...MENTI SUMAI "ÉQUIPE TERRITORIALE" E IL PNRR
13	CAMBIA...MENTI SUMAI PERCHÉ POCHI SPECIALISTI E POSSIBILI SOLUZIONI
19	CAMBIA...MENTI SUMAI E L'INVERSIONE DI GENERE
22	CAMBIA...MENTI SUMAI ED IL PASSAGGIO GENERAZIONALE
25	CAMBIA...MENTI SUMAI E SPECIALISTI OSPEDALIERI PER GENERE ED ETÀ
29	CAMBIA...MENTI SUMAI E I CONVENZIONATI MMG E PLS PER GENERE ED ETÀ
33	CAMBIA...MENTI SUMAI "MEDICI INSIEME" IN APM
34	CAMBIA...MENTI SUMAI DAL SSN UNIVERSALISTICO A...
37	CAMBIA ... MENTI SUMAI E L'ATTIVITÀ SINDACALE
44	CAMBIA...MENTI SUMAI LE CONCLUSIONI



Care colleghe, cari colleghi, autorità presenti e ospiti benvenuti al 53° Congresso Nazionale del SUMAI-Assoprof.

Prima di iniziare, come di consueto permettetemi di ringraziare il SUMAI di Roma che nonostante tutte le difficoltà legate al periodo che purtroppo stiamo vivendo, ci ha consentito di organizzare nella capitale la nostra assise annuale in piena sicurezza dopo 20 anni dall'ultima volta.

Sumai protagonista nei **Cambia...Menti**

Quest'anno abbiamo deciso di focalizzare i nostri lavori congressuali sul ruolo del SUMAI Assoprof nel rappresentare la specialistica ambulatoriale convenzionata interna di fronte ai cambiamenti a cui la sanità italiana è andata e sta andando incontro intitolando il nostro Congresso Nazionale "SUMAI protagonista nei Cambia...Menti".

CAMBIA...MENTI

SUMAI PROTAGONISTA NELLA PROPOSTA

IL SUMAI, DUE ANNI FA, durante il suo 52° Congresso Nazionale, svoltosi a Gardone Riviera, ha proposto un nuovo modello organizzativo della sanità territoriale nel quale crede fortemente. Un modello pensato per risolvere le criticità della sanità italiana, fondato sul lavoro in “équipe, come vuole la medicina moderna, attraverso forme aggregative sia funzionali che strutturali superando così quella visione demagogica, che basa l’unicità del rapporto giuridico “a favore della dipendenza”.

La proposta del SUMAI dimostra che è sempre più necessario conservare sul territorio il rapporto fiduciario e di continuità con il proprio medico curante (sia questo MMG o specialista ambulatoriale) in quanto questa è la figura più gradita ai pazienti e confacente alle necessità organizzative del nostro tempo.

Obiettivo della nostra proposta è di avere contemporaneamente una sanità territoriale efficiente capace cioè di gestire i pazienti in maniera autonoma mediante cure ed assistenza di prossimità, in modo diffuso e capillare con accanto una sanità ospedaliera d’eccellenza, maggiormente concentrata sulla degenza e sulla risoluzione dei casi acuti e quindi necessariamente erogabile, in uno specifico luogo fisico identificato nella singola struttura nosocomiale.

Quindi riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e delle liste d’attesa grazie ad una maggior appropriatezza e presa in carico garantita dalla presenza di una vera “**équipe sanitaria territoriale**” e da una “**équipe sanitaria ospedaliera**” in grado di collaborare ognuna per le proprie competenze in un modello di sanità da considerare unico.

Per raggiungere realmente questo risultato è però necessario un cambiamento del modo di pensare e di organizzare il sistema, superando fantasiose e astruse teorie organizzative che la pandemia, alla prova dei fatti, ha spazzato via evidenziando le criticità della sanità territoriale amministrata da una burocrazia asfissiante che ha privilegiato solo “committenza” e “secondi e terzi pilastri” e desertificato le strutture a diretta gestione.

CAMBIA...MENTI

SUMAI E LA PANDEMIA

A CAUSA DELLA PANDEMIA, lo scorso anno non abbiamo potuto celebrare il nostro consueto Congresso Nazionale e questa è stata la prima volta in 54 anni di vita del SUMAI.

Nonostante ciò siamo stati presenti attraverso un impegno quotidiano, che la nostra organizzazione sindacale ha messo in campo nel sostenere tutti i suoi iscritti a tutela e difesa dei loro diritti e tenendo anche presente i loro doveri, il tutto a tutela della salute della comunità e a sostegno del Servizio Sanitario Nazionale.

Devo dire che è stato, ed è tuttora, un periodo veramente difficile e impegnativo per i quadri sindacali, sia regionali che provinciali, oltre che per la Segreteria Nazionale.

Nonostante ciò siamo riusciti anche questa volta, unica e sola organizzazione sindacale di categoria, a lavorare incessantemente e concludere l’iter del nuovo ACN che era stato firmato il 25 giugno 2019, prima della pandemia, e recepito successivamente in pieno *lockdown* dalla Conferenza Stato-Regioni il 31 marzo 2020.

Raggiunto quest'importante risultato il SUMAI non si è cullato sugli allori e ha continuato a lavorare affinché venisse fatta la necessaria manutenzione, migliorando e aggiornando l'ACN appena recepito, riuscendo ad apportare ulteriori e significative correzioni sino ad un'ulteriore ultima firma il 30 marzo 2021 e il successivo recepimento da parte della Conferenza Stato Regioni avvenuta il 20 maggio 2021.

Come dicevamo una gestione della Pandemia che ha visto la Segreteria Nazionale del SUMAI in prima linea a sostenere in tutta Italia, Regione per Regione, azienda per azienda, i colleghi in balia di amministrazioni regionali e aziendali e dei loro solerti e creativi funzionari, che invece di applicare semplicemente le norme dell'ACN si sono contraddistinti, nel momento più difficile per il Paese e per la sanità, non per l'efficienza ma per le loro fantasiose interpretazioni di quelle norme contrattuali, compito tra l'altro non loro, spesso negando i diritti sanciti nell'Accordo, decidendo arbitrariamente di non rispettarli.

Questi funzionari hanno addirittura ostacolato il nostro lavoro opponendosi alle giuste richieste dei nostri iscritti che chiedevano, nonostante la pandemia, di continuare a svolgere in sicurezza il loro lavoro nel territorio seguendo i loro pazienti, anche a distanza, la maggior parte dei quali cronici e fragili, spaventati, durante la *lockdown*, di perdere il contatto con il loro specialista di fiducia non sapendo cosa fare, se continuare o meno le terapie prescritte e da chi far valutare la loro situazione di salute.

Sempre costoro hanno creato difficoltà a chi di noi voleva lavorare da remoto, come sancito dal nostro ACN l'unico che nel suo interno prevede, proprio per queste circostanze, l'attività in *smart working* attraverso contatti telefonici con i pazienti o tramite strumenti di telemedicina. Inoltre nello stesso periodo il SUMAI si è proposto gratuitamente presso le amministrazioni regionali di mantenere i contatti con i propri pazienti confusi per quanto stava succedendo. Nonostante ciò solo poche aziende sanitarie, in Italia, ci hanno autorizzato a lavorare.

Purtroppo anche tra gli specialisti ambulatoriali abbiamo avuto i nostri caduti sul campo, colleghi medici che hanno perso la vita durante la pandemia, mandati inizialmente ad affrontare il virus senza le indispensabili difese continuando ad assicurare la necessaria assistenza specialistica ai pazienti, oltre che negli ambulatori rimasti aperti, anche al loro domicilio.

Abbiamo assistito anche ad uno spettacolo spiacevole che ha messo in evidenza come a tutti i cittadini e lavoratori italiani non vengano riconosciuti gli stessi diritti e come ancora esistano discriminazioni anche tra chi fa lo stesso lavoro, uno accanto all'altro, nei poliambulatori, negli ospedali a domicilio dei pazienti solo perché lavorano con un diverso rapporto giuridico, vedendosi negare i sostegni economici, i congedi, i premi e le indennità Covid, ad alcuni prima erogati e poi addirittura richiesti indietro.

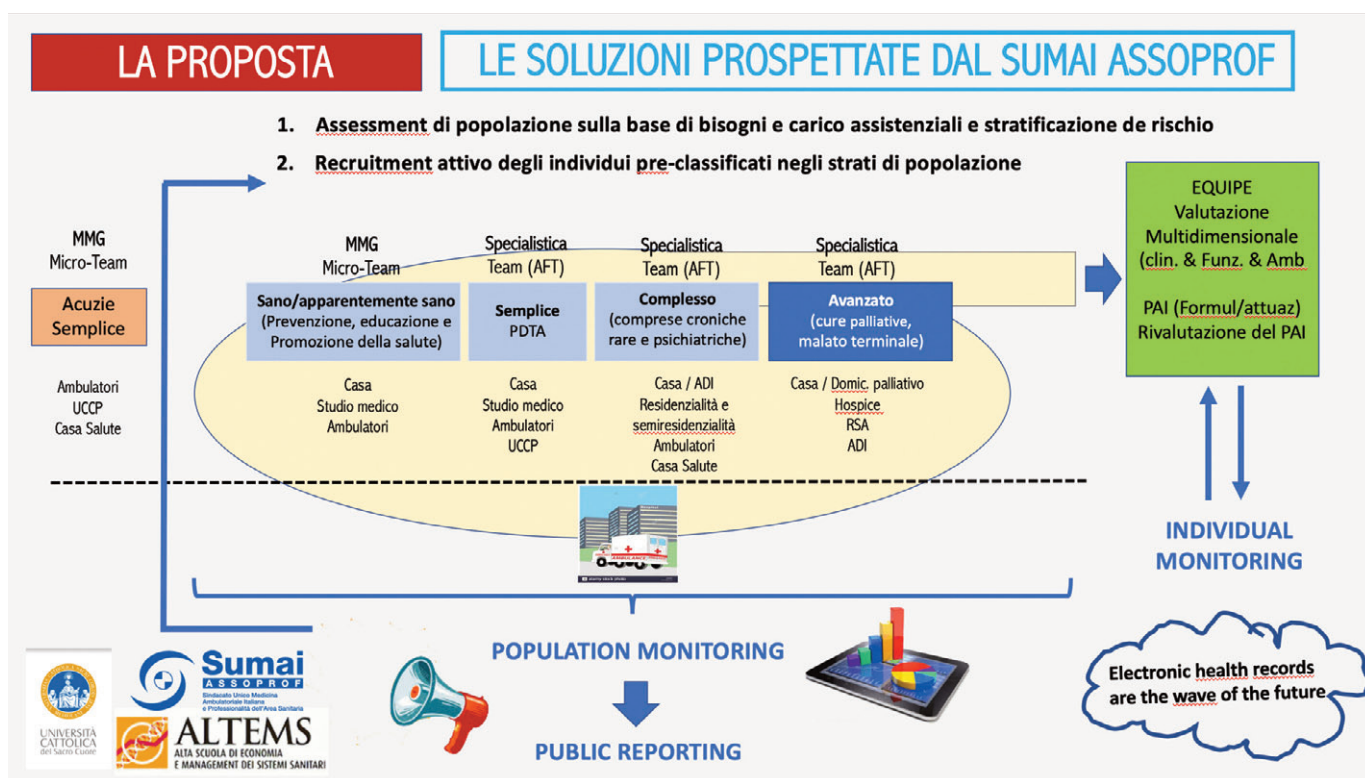
Uno spettacolo veramente vergognoso, una pagina triste per un paese che si vuole definire civile e un problema che a tutt'oggi risulta ancora irrisolto.

Voglio, a questo proposito, ringraziare invece il nostro Ente Previdenziale, la Fondazione ENPAM che ha sostenuto gli specialisti ambulatoriali e tutti i colleghi convenzionati e le loro famiglie che ne hanno avuto bisogno, attraverso sostegni economici che lo Stato ci ha negato mentre li concedeva ad altri solo perché operanti con differente rapporto giuridico. Grazie.

CAMBIA...MENTI

SUMAI “ÉQUIPE TERRITORIALE” E IL PNRR

OGGI LA PANDEMIA ha reso più che mai necessario, anzi urgente, riorganizzare la sanità territoriale all’interno della quale, negli anni il ruolo degli specialisti ambulatoriali del SUMAI si è sempre più rinforzato diventando via, via più strategico, insieme alle altre categorie mediche, per la gestione dei modelli di presa in carico dei cronici sia all’interno di équipes mono-professionali e multi-disciplinari ma anche e soprattutto in équipes multi-professionali con gli altri attori territoriali e ospedalieri. Come abbiamo già ricordato, durante il nostro 52° Congresso Nazionale svoltosi a Gardone Riviera nell’ottobre del 2019 quando, come SUMAI Assoprof, abbiamo lanciato una nostra idea validata anche dall’Alta Scuola di Economia e Management Sanitario dell’Università Cattolica del Sacro Cuore (ALTEMS) e che tutti voi ricorderete: e cioè quella di una “Équipe territoriale” oggi in gran parte ripresa nel PNRR e nel documento conseguente di proposta di riorganizzazione delle attività territoriali di AGENAS.



Non possiamo fare altro che apprezzare il cambiamento di rotta e di atteggiamento nei confronti della Specialistica Ambulatoriale Interna da parte del decisore politico che ha finalmente riconosciuto il ruolo nel territorio degli specialisti ambulatoriali ed ha apprezzato e riconosciuto il SUMAI Assoprof non solo per il suo tradizionale ruolo istituzionale di rappresentanza sindacale della categoria ma anche come interlocutore propositivo di possibili modelli organizzativi territoriali e che possano dare quel valore aggiunto ad un Servizio Sanitario Nazionale equo e solidale ma soprattutto performante e meno burocratizzato a vantaggio dei cittadini italiani tutti.

Ma dobbiamo anche riconoscere che non sono tutte rose e fiori, ci sono delle criticità.

Infatti, nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha grande importanza il capitolo **MISSIONE 6: SALUTE** con i suoi 15,63 miliardi di fondi europei divisi in due distinti capitoli: il primo denominato M6C1 dedicato a **reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale** per un totale di 7 miliardi di € e il secondo denominato M6C2 dedicato all'**innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale** per un totale di 8,63 miliardi di €. Un'occasione unica da non sprecare, una quantità di risorse veramente imponente se pensiamo a quanto sia stato destinato in passato, quando in sanità veniva investito a malapena non più di 1 miliardo di €. ogni anno.

Gli interventi previsti nel capitolo **“Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”** intenderebbero quindi potenziare le strutture e i servizi sanitari di prossimità anche attraverso lo sviluppo della telemedicina scordandosi però colpevolmente di investire sui medici senza i quali, abbiamo la certezza assoluta nell'affermarlo, non può esserci sanità.

Per raggiungere questi obiettivi il PNRR prevede infatti un investimento di 7 miliardi di € così divisi: 2 miliardi per “Case della comunità” e presa in carico della persona; 4 miliardi per assistenza domiciliare “la casa come primo luogo di cura e telemedicina” e l'ultimo miliardo per rafforzare l'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture attraverso gli “ospedali di comunità”.

L'investimento di 2 miliardi di € prevede che entro la metà del 2026 vengano attivate 1.288 “Case della Comunità” il perché di questo numero così perentorio non è spiegato, riconvertendo strutture già esistenti o costruendone di nuove.

Al loro interno è previsto un team multidisciplinare di medici, per i quali non sono state previste risorse (infatti il team sarebbe composto con l'attuale numero di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta, di medici specialisti convenzionati interni e dipendenti) affiancati da una nuova figura, quella di infermiere di comunità (qui invece sono previste delle risorse ad hoc) e da altri professionisti della salute. Possiamo quindi dire che questo modello è una parziale rivisitazione della riforma Balduzzi del 2012, basata su Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici convenzionati e da Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) che potremo denominare Case della Comunità con funzione Hub e Spoke con équipe multi-disciplinari e multi-professionali, sia con convenzionati che con dipendenti. In relazione alla complessità del Progetto di Salute sarà quindi identificata la composizione dell'équipe multi-professionale che nel rispetto dei ruoli e delle competenze dovrà garantire la presa in carico.

COOPERAZIONE FUNZIONALE DELLE FIGURE CHE COSTITUISCONO L'ÉQUIPE MULTI-PROFESSIONALE

MMG/PLS	Referente del caso in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo cittadino in tutta la sua globalità e in tutte le fasi della vita.
INFERMIERE	Contempla tra le sue attività la presa in carico del singolo e della sua rete relazionale da un punto di vista assistenziale e di autocura, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico
SPECIALISTA AMBULATORIALE	Assume un ruolo di rilevanza strategica in alcune fase della malattia che non possono essere demandate per la complessità diagnostica e terapeutica che le caratterizza. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista ambulatoriale che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ambulatoriale ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
ASSISTENTE SOCIALE	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
ÉQUIPE DI SUPPORTO	Tutti gli specialisti o le altre figure professionali della UVM che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali (es. ostetrica, fisioterapista, ecc.)

La definizione dei bisogni socio-assistenziali che portano alla realizzazione del Progetto di Salute determinerà l'identificazione di un'équipe multi-professionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ambulatoriale ed infermiere di famiglia e comunità), maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (anche di natura sociale e psicologica).

Nell'Accordo Collettivo Nazionale della specialistica ambulatoriale, è già stata prevista, la nostra partecipazione nelle "équipe multi-professionali e multidisciplinari" ma andrà però meglio delineata e perfezionata nel nuovo ACN 2019-2021 che speriamo arrivi presto.

La nostra presenza, sia in termini quantitativi che di numero di ore dedicate, dovrà infatti essere implementata sia con gli specialisti medici e psicologi ma anche con gli altri professionisti convenzionati interni, proprio per favorire quella medicina di prossimità, oggi invocata nel PNRR presso le 1.288 Case della comunità, 1 per Distretto con funzioni HUB e almeno 3 con funzioni SPOKE; 1 ogni 30/35.000 abitanti nelle aree metropolitane; 1 ogni 20/25.000 abitanti nelle aree urbane e sub-urbane; 1 ogni 10/15.000 abitanti nelle aree interne e rurali, per l'assistenza domiciliare, per la telemedicina ma anche presso gli studi dei medici di medicina generale.

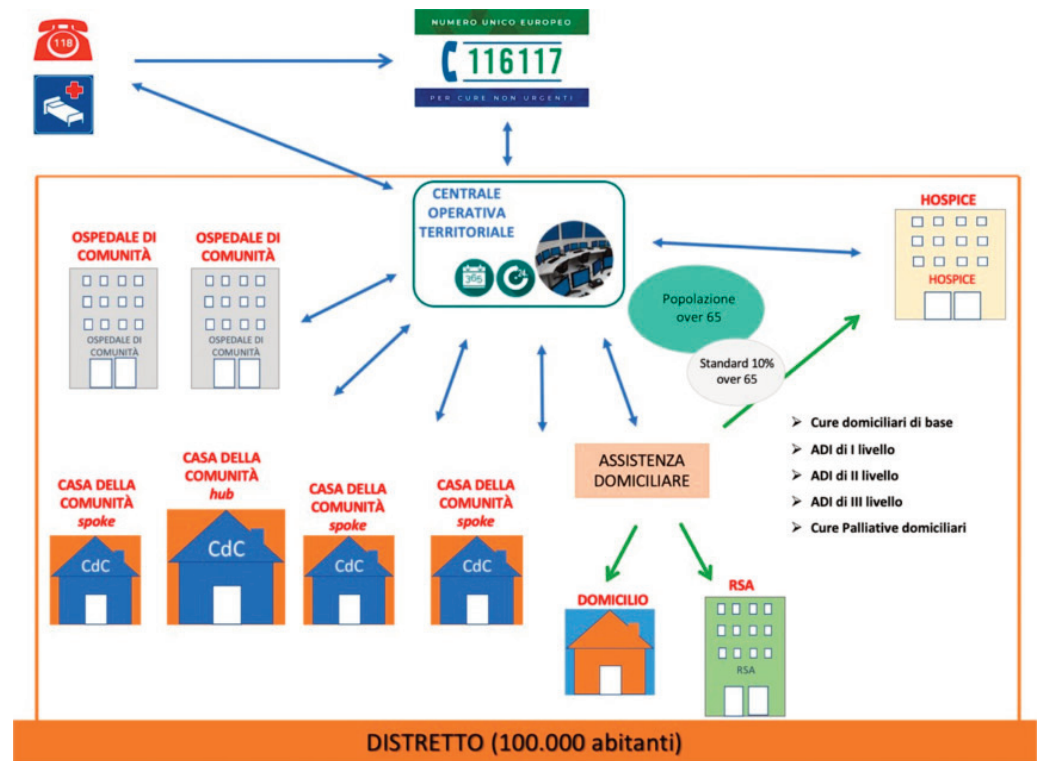
Le Case della Comunità HUB andranno a garantire l'erogazione dei seguenti funzioni e servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multi-professionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociale;
- Punto prelievi;
- Programmi di screening;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, Oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato.

Le Case della Comunità SPOKE andranno a garantire l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

- Équipe multi-professionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);
- Servizi infermieristici, sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening;
- Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.

All'interno delle Case della Comunità possono essere ricompresi inoltre posti letto di cure intermedie (Ospedali di Comunità e post-acuti) e/o posti letto di *hospice* e/o servizi di riabilitazione e mantenimento funzionale.



La specialistica ambulatoriale interna quindi è già pronta a lavorare “in équipe” a fianco alla medicina generale e alla pediatria di libera scelta con i suoi 14.817 medici e 1.337 psicologi operanti mediamente con 24 ore settimanali, con i 383 biologi e i 20 chimici operanti mediamente con 28 ore settimanali e con i 1.238 veterinari operanti mediamente con 23 ore settimanali assieme ai 1.869 medici specialisti dipendenti, i quali sono in stragrande maggioranza specialisti convenzionati passati a dipendenza nel 1994 ma che però saranno tutti in pensione entro il 2026.

L'organico attuale di specialisti appare quindi insufficiente allo scopo dovendo anche considerare che circa il 53,49% dei medici convenzionati componenti di queste équipe di professionisti (MMG, PLS, Specialisti convenzionati interni) sarà in pensione entro il 2026 e più della metà di questi entro il 2023.

Se vogliamo davvero garantire con il SSN la presa in carico dei pazienti, specie quella specialistica per i casi complessi, da poter gestire sul territorio e a domicilio con l'ausilio della telemedicina, anche dopo la dimissione ospedaliera, è urgente e necessario risolvere la carenza di specialisti ambulatoriali convenzionati ripristinandone innanzi a tutto il regolare *turnover*, correggendo quelle scelte sbagliate, fatte sinora, di cui abbiamo già fatto cenno e che oggi inevitabilmente stiamo pagando.

Bisogna pertanto invertire la rotta sinora seguita e condizionata da quelle scelte scellerate degli ultimi anni investendo immediatamente nella specialistica ambulatoriale convenzionata interna, oggi chiaramente vitale per la riuscita del progetto PNRR, cercando e trovando le risorse economiche che sono necessarie ma che attualmente non sono previste nel PNRR.

Dobbiamo quindi investire sulla categoria, anche per garantire l'assistenza specialistica domiciliare, già prevista e contrattualmente normata nell'ACN, se si vuole dare davvero, assieme ai MMG e ai PLS un'assistenza territoriale di qualità e soprattutto di prossimità a tutto vantaggio della popolazione attraverso il lavoro di "équipe" che porterà alla diminuzione degli accessi impropri al pronto soccorso, alla riduzione in modo definitivo delle liste d'attesa garantendo la presa in carico sul territorio delle patologie croniche e decongestionando così gli ospedali da ricoveri impropri e agevolando in questo modo un'assistenza ospedaliera d'eccellenza.

Bisogna però fare in fretta se vogliamo davvero difendere il SSN aumentando l'offerta specialistica, favorendo quindi da subito il raggiungimento del massimale orario agli specialisti ambulatoriali in servizio, aumentandone anche il loro numero non solo per poter garantire i PDTA territoriali ma anche una adeguata assistenza specialistica domiciliare e l'uso della telemedicina.

Bisogna approfittare di questo momento per rendere il SSN maggiormente attrattivo.

Occorrerà quindi conferire da subito incarichi a tempo indeterminato, superando le attuali anacronistiche ed incomprensibili incompatibilità, privilegiando la professionalità e aumentando la retribuzione di tutti i medici alla pari degli altri paesi europei che oggi, con offerte allettanti, portano via i nostri specialisti garantendogli una giusta retribuzione e la certezza di un futuro professionale e familiare fuori dall'Italia.

Dobbiamo investire allora sui nostri medici, specialmente se specialisti e sui giovani colleghi abolendo l'attuale imbuto formativo garantendo lo stesso numero di borse specialistiche e di formazione specifica in medicina generale rispetto al numero di laureati in medicina e chirurgia. Altrimenti anche con i fondi previsti nel PNRR non raggiungeremo mai l'obiettivo prefissato e ci troveremo ad avere tante nuove strutture sanitarie che però non saranno rispondenti alle aspettative perché, anche se ben attrezzate e con professionisti sanitari "classici", di "famiglia" e di "comunità" ma non hanno l'indispensabile presenza di medici specialisti ambulatoriali necessari allo scopo.

CAMBIA...MENTI

SUMAI POCHI SPECIALISTI, LE POSSIBILI SOLUZIONI

MA CI SIAMO DOMANDATI poi perché mancano gli specialisti disposti a lavorare nel SSN e quali possono essere le possibili soluzioni al riguardo?

L'attuale carenza del numero di specialisti disposti a lavorare nel SSN e la difficoltà di trovarne altri che ne garantiscano il turnover specie nelle strutture territoriali e ospedaliere periferiche, appare oramai palese. Questo preoccupante fenomeno è certamente anche il risultato di un'errata programmazione del numero di borse specialistiche fatta negli anni passati denunciata, più volte, dal SUMAI ma anche da tutte le OO.SS. di categoria.

Infatti, se guardiamo alle odierne dotazioni organiche presenti nelle strutture pubbliche, sia ospedaliere che territoriali, del servizio sanitario in confronto a quelle che erano presenti nel 2010, oggi mancano all'appello circa 8.900 specialisti, sia per il blocco del *turnover* avviato con la Legge 122/2010 ma anche per la mancata riassegnazione di buona parte dei turni di specialistica ambulatoriale e per i quali la legge sopra citata non ne aveva bloccato il *turnover* ma questa, come vedremo, non è l'unica

spiegazione.

Il mancato fisiologico *turnover*, oggi ulteriormente aggravatosi dai numerosi pensionamenti (siamo in piena gobba pensionistica) alcuni dei quali sempre più spesso anticipati per le ormai insostenibili condizioni lavorative dovute al taglio del personale per la *spending review*, soprattutto il taglio in organico di altri specialisti, hanno reso insostenibile il carico di lavoro insieme alla pressante burocrazia, alla mancata autonomia decisionale, alla professionalità non premiata, al mancato coinvolgimento del medico nei processi decisionali, alla solitudine di fronte a tutte le mancanze e le carenze organizzative per non parlare poi al rischio di denunce legali e di aggressioni sia verbali che fisiche.

I medici oggi si sentono solo semplici pedine necessarie per coprire i turni, prestatori d'opera ai quali ordinare di sopperire alle mancanze del sistema e pretendere sempre maggiore produzione ed efficienza in tempi sempre più ristretti e condizioni sempre più difficili.

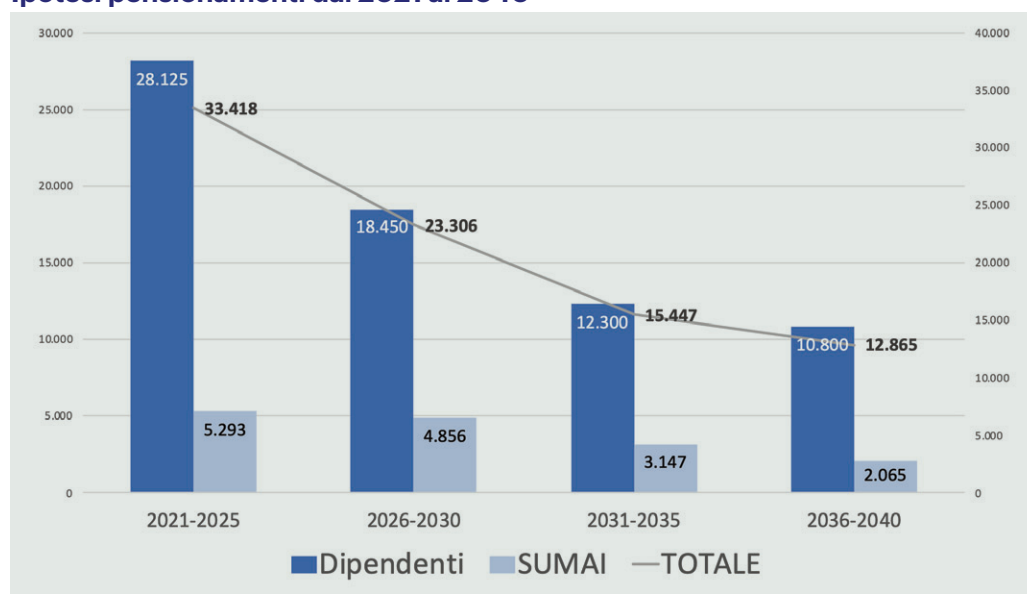
I dati del fenomeno degli ultimi 10 anni sono significativi: la percentuale di medici che si sono dimessi risulta in aumento in quasi tutte le regioni italiane.

Si è passati, ad esempio, dai 1.849 medici ospedalieri che si sono volontariamente dimessi nel 2009 ai 3.123 nel 2019, con un incremento quindi di circa l'80%.

La maggioranza di questi colleghi sono specialisti affermati e di consolidata esperienza e che il SSN continua a perdere quotidianamente per i motivi sopra citati trovando poi collocazione nel privato, diventato sempre più attrattivo, per un lavoro che privilegia la professionalità, meno burocratizzato, più autonomo, con orari più flessibili e con a disposizione adeguati strumenti ed una migliore retribuzione.

Ci sono poi le sirene venute dall'estero, da paesi europei ma anche extra-europei, che purtroppo incantano oltre a questi colleghi anche i giovani medici neo-specialisti delusi da quello che il nostro Paese oggi gli offre.

2021 - Medici Specialisti dipendenti e Convenzionati Interni Ipotesi pensionamenti dal 2021 al 2040

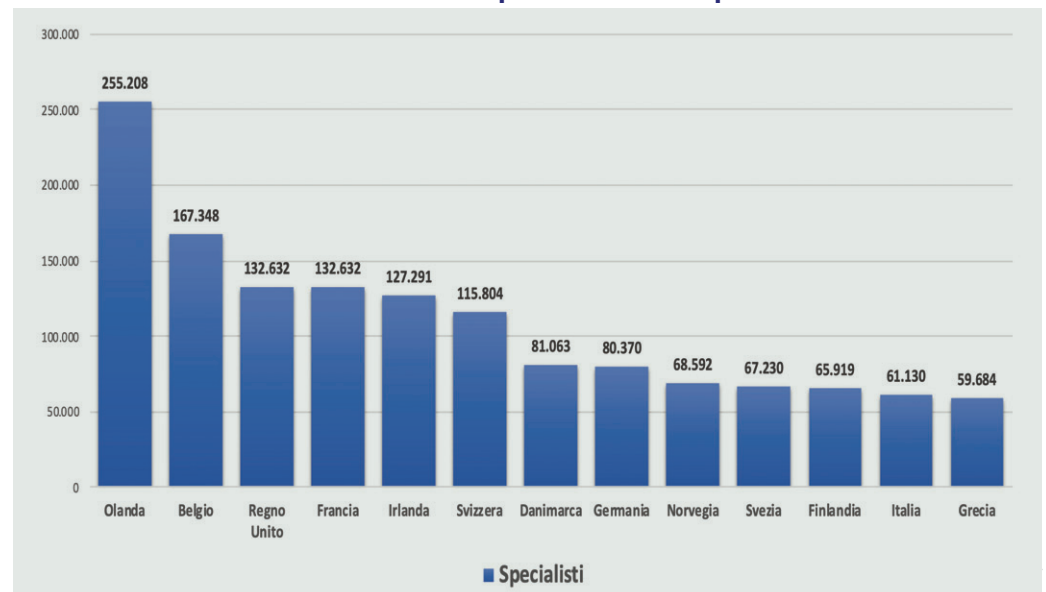


Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI dati ARAN e SISAC

Giovani specialisti sempre più delusi dall'attuale poca attrattività del SSN, figlia di scelte incomprensibili e spesso suggerite da poco illuminati "tecnici ed esperti" che, sino ad oggi, non hanno proposto alla politica la strada maestra e cioè quella di investire concretamente su di loro. E così si continuano a vedere proposte di precariato infinito e perenni contratti a tempo determinato per arrivare poi all'ultima moda cioè quella delle "manifestazioni di interesse" fini a sé stesse. Soluzioni tappa buchi, con contratti libero-professionali a partita IVA, rischiosi in quanto totalmente privi di tutele ma che la mancanza di prospettive professionali ed economiche costringe i neo-specialisti (per la maggioranza donne con una età media che oscilla tra i 30 e i 40 anni) a dover fare altre scelte professionali lontane dal SSN.

Visto l'alto numero di abbandoni anticipati e pensionamenti non si capisce perché non si offrano a questi giovani specialisti contratti a tempo indeterminato, che sarebbero economicamente compensati dai colleghi in quiescenza, con retribuzioni maggiori dei neo assunti per la presenza della retribuzione di anzianità (RIA) non più riproponibile; retribuzione questa che comunque rimane tra le peggiori retribuzioni di tutta Europa al pari della Grecia.

2021 - Retribuzione media lorda europea dei Medici Specialisti



Fonte Centro Studi SUMAI Assopof: Elaborazione SUMAI dati European Commission

Questa situazione porta anche a far scegliere ai giovani medici specializzazioni in branche ritenute poco rischiose scartando quelle branche invece definite altamente rischiose e scarsamente remunerate per l'alta rischiosità.

Vengono scartate infatti specializzazioni come Medicina e Chirurgia di Urgenza e Accettazione, Anestesiologia e Rianimazione, Chirurgia Generale, Ortopedia, Ginecologia molte delle quali sono proprio quelle maggiormente carenti.

La prova di quanto detto risiede in ciò che è successo quest'anno con le borse di studio specialistiche quinquennali quando, per la prima volta, ne sono state bandite ben 17.400 e quasi una borsa di specializzazione su dieci è rimasta senza titolare con il rischio concreto di non trovare, in quelle branche, abbastanza medici specialisti nei prossimi anni. Una parte di queste borse verrà probabilmente recuperata scorrendo la graduatoria tra gli esclusi mentre i posti che ancora rimarranno vuoti forse

verranno messi nuovamente a bando il prossimo anno.

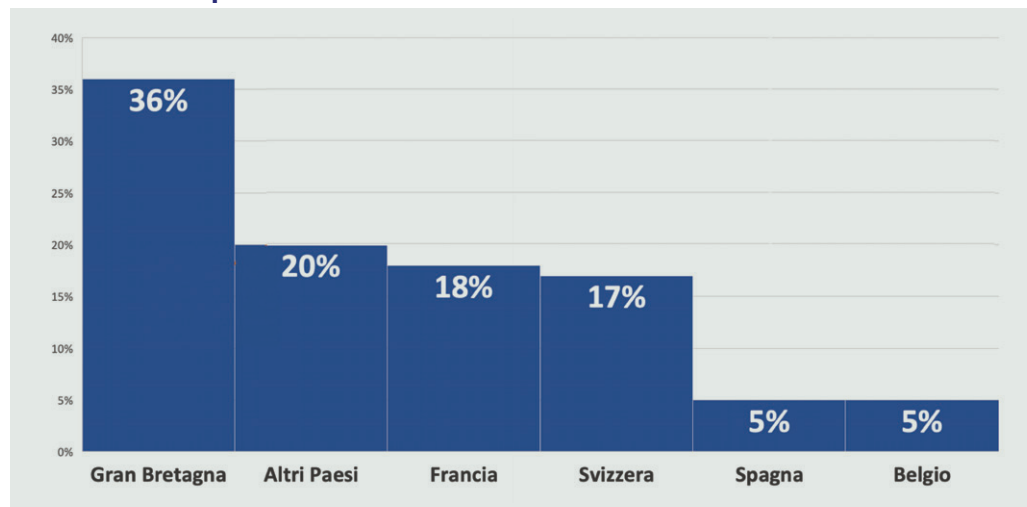
Il motivo si ritrova come abbiamo detto nel fatto che ci sono troppe “responsabilità, alto rischio e scarsa retribuzione”.

Per fare un esempio in Medicina e Chirurgia d’urgenza per l’attività di pronto soccorso su 1.077 borse ben 456 sono rimaste senza titolare. A questo si aggiunga che anche tra chi ha accettato la borsa c’è un 15% che l’ha fatto per fare esperienza e che il prossimo anno proverà a passare a un altro campo.

Oggi i giovani medici, in maggioranza di sesso femminile, preferiscono branche specialistiche come cardiologia, oftalmologia, otorinolaringoiatria, e via dicendo. Branche cioè “ambulatoriali” preferite anche per evitare i turni disagiati previsti dal lavoro in ospedale che, con orari notturni e festivi, non consentirebbero di dedicarsi alla famiglia come vorrebbero.

Ecco quindi spiegata la fuga all’estero dei medici specialisti italiani, ma anche di quelli non specialisti, ai quali viene offerto in quei paesi un contratto di lavoro a tempo indeterminato, ben remunerato oltre all’ingresso ad una scuola di specializzazione evitando così l’assurdo imbuto formativo.

2021 – Medici specialisti andati a lavorare all'estero



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI dati ARAN – SISAC – European Commission

Ma gli specialisti che ci sono li utilizziamo al meglio per coprirne la carenza?

La risposta a questa domanda è no.

Vi è infatti inspiegabilmente il mancato pieno utilizzo, anche se previsto dalle norme concordate tra sindacati e parte pubblica, di una parte di quegli specialisti che oggi sono già in servizio all’interno del SSN come convenzionati interni.

Questo fenomeno deve essere analizzato con maggiore attenzione perché incomprensibilmente non rispettoso dell’ACN firmato dalle parti ed esclusivamente dovuto a un’ingiustificata e preconcetta discriminazione da parte di alcuni dirigenti e solerti funzionari a più livelli, da quelli ministeriali a quelli regionali ed aziendali, che quotidianamente praticano, spesso senza saperne neanche il motivo, una specie di “apartheid categoriale”, basata sul rapporto giuridico priva di un reale fondamento e che sfugge al buon senso, alla logica e all’evidenza ma soprattutto alla buona amministrazione e al rispetto delle regole che questi “solerti funzionari” avrebbero l’obbligo

di rispettare a garanzia degli interessi dei cittadini.

Quindi nonostante siamo davanti ad una conclamata e dichiarata carenza di specialisti ancora non se ne favorisce l'incremento orario ed il raggiungimento delle 38 ore settimanali come espressamente previsto ai sensi dell'art. 20 dell'ACN.

Ma non finisce qui, per lo stesso "incomprensibile" motivo si conferiscono con difficoltà nuovi incarichi ai giovani specialisti in graduatoria (la maggioranza di loro di genere femminile) che hanno scelto il rapporto giuridico di convenzionato interno. Solo quando non se ne può fare a meno vengono "concessi" incarichi possibilmente e preferibilmente a tempo determinato, nonostante oggi sia vietati dall'ACN (se non in casi eccezionali) in quanto le aziende sanitarie hanno l'obbligo contrattuale di assegnare incarichi a tempo indeterminato.

La Corte dei Conti, nella relazione tecnica di accompagnamento dell'ACN 2020, ha sancito l'obbligo da parte delle Aziende Sanitarie di assicurare il pieno utilizzo del finanziamento già deliberato e in bilancio delle ore che si sono rese vacanti ai sensi dall'art.3 comma 7 dell'ACN a tutela sia del mantenimento della massa salariale sia della conseguente contribuzione all'ente previdenziale evitandone un danno erariale. Questa grave forma di discriminazione, oltre che di certificata stupidità, simile a tante altre che purtroppo conosciamo e che ormai provocatoriamente definiamo "anti-sumaismo" non sarà più tollerata dal SUMAI e, se necessario, sarà perseguita legalmente nelle sedi competenti (tribunale del lavoro e cortei dei conti) denunciando chi non rispetterà le norme sancite dall'ACN, chiedendone anche personalmente il risarcimento dei danni.

L'approfondimento fatto dal centro studi del SUMAI Assoprof, mette in evidenza infatti, che se tutti gli specialisti già in servizio raggiungessero il massimale orario (ovvero 38 ore settimanali) avremo a disposizione un'ulteriore offerta di attività specialistica, sul territorio, paragonabile ad una assunzione virtuale di circa 5.341 altri nuovi specialisti, tutti a tempo pieno.

La soluzione del problema è quindi proprio davanti ai nostri occhi e non possiamo permetterci di perdere quest'opportunità di ridurre la carenza di specialisti. Non si può non vederla, sempre che non si faccia volutamente finta di non vederla.

Medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni per Regione Ipotesi raggiungimento massimale orario dati 2021

Regioni	ore medie settimanali	Numero Specialisti 2021	Ore settimanali 2021	Ore settimanali mancanti per arrivare a 38 ore	Pari a numero nuovi specialisti a 38 ore	Totale numero specialisti dopo aumento a 38 ore
Abruzzo	23	260	5.980	3.900	103	363
Basilicata	23	81	1.863	1.215	32	113
Calabria	26	552	14.352	6.624	174	726
Campania	31	2.850	88.350	19.950	525	3.375
Emilia Romagna	25	1.080	27.000	14.040	369	1.449
Friuli Venezia Giulia	20	123	2.460	2.214	58	181
Lazio	21	2.075	43.575	35.275	928	3.003
Liguria	16	668	10.688	14.696	387	1.055
Lombardia	20	1.175	23.500	21.150	557	1.732
Marche	24	261	6.264	3.654	96	357
Molise	22	72	1.584	1.152	30	102
Piemonte	19	960	18.240	18.240	480	1.440
Puglia	25	913	22.825	11.869	312	1.225
Sardegna	28	505	14.140	5.050	133	638
Sicilia	25	881	22.025	11.453	301	1.182
Toscana	26	942	24.492	11.304	297	1.239
Trentino Alto Adige	21	101	2.121	1.717	45	146
Umbria	20	230	4.600	4.140	109	339
Valle d'Aosta	20	19	380	342	9	28
Veneto	24	1.069	25.656	14.966	394	1.463
ITALIA	23	14.817	360.095	202.951	5.341	20.158

Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI dati SISAC

Questa soluzione non ha bisogno di nuove norme ma solo dell'applicazione di quelle esistenti e permette da subito di avere un maggior numero di specialisti ambulatoriali sul territorio in grado di rendere realmente operativo il progetto di sanità territoriale del PNRR dandoci il tempo di attendere che gli attuali specializzandi finiscano il loro regolare percorso formativo potendosi specializzare nei tempi previsti e trovarsi veramente pronti a sostituire, progressivamente, chi nel frattempo andrà in pensione e anche di aumentarne gli organici.

Altro fattore colpevole della carenza di specialisti nel SSN è l'ostinazione a non voler superare le ormai anacronistiche incompatibilità che secondo noi andrebbero eliminate una volta per tutte in quanto impediscono oggi a molti specialisti, impiegati a tempo parziale esclusivamente in strutture sanitarie private, convenzionate o accreditate, di poter dare il loro contributo sempre nel limite del massimale di 38 ore settimanali, anche nelle strutture pubbliche a diretta gestione.

La politica proponga ed approvi subito una legge che abolisca le incompatibilità previste dalla legge 412/91. Questo aumenterebbe immediatamente l'attuale offerta specialistica con medici specialisti già potenzialmente disponibili e che oggi sono impediti a poter dare il loro contributo proprio da queste norme.

CAMBIA...MENTI

SUMAI E L'INVERSIONE DI GENERE

DOBBIAMO CONSIDERARE i cambia...menti avvenuti nella specialistica convenzionata interna negli ultimi 10 anni.

I dati attuali rivelano che l'attività di medico specialista ambulatoriale convenzionato interno sia quella preferita dalle donne. La loro presenza è infatti, del 50,32% contro quella maschile del 49,68% a dimostrazione di un reale ed epocale cambiamento con una "femminilizzazione" della categoria.

Nel 2010 la situazione della specialistica convenzionata interna era totalmente invertita con una netta maggioranza di specialisti di sesso maschile (56,06%) rispetto a quelli di sesso femminile (43,94%).

Ma analizziamo i dati in dettaglio, in particolare il 48,96% della categoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali (8.927) ha oggi un'età superiore ai 60 anni ed è l'unica fascia d'età ancora composta per il 61,84% da specialisti maschi e per il 38,16% da specialisti femmine.

Nel 2010 solo il 13,61% aveva un'età superiore ai 60 anni ed era composta per il 73,62% da maschi e il 26,38% da femmine.

Nella fascia di età 50-59 anni che rappresenta oggi il 23,24% del totale il genere predominante è quello femminile con il 53,24% di specialisti contro il 46,76% di quello maschile.

Nel 2010 la fascia d'età tra 50-59 anni era il 57,06% dei medici ed era composta per il 58,95% da maschi e per il 41,05% da femmine.

La fascia d'età 40-49 anni oggi rappresenta il 17,90% del totale e vede il genere femminile essere numericamente più del doppio rispetto a quello maschile, rispettivamente con il 69,17% di specialiste femmine contro il 30,83% di specialisti maschi.

Nel 2010 il 19,03% nella fascia d'età 40-49 anni era già composto per il 54,75% da specialiste femmine e per il 45,25% da specialisti maschi.

La fascia d'età 30-39 anni, oggi è rappresentata dal 9,64% del totale di tutti gli specialisti, con una netta maggioranza del genere femminile pari al 70,30% contro il 29,70% del genere maschile.

Nel 2010 il 9,95% della categoria era nella fascia d'età 30-39 anni il 9,95% ed era composta per il 63,41% da specialisti femmine e per il 36,59% da specialisti maschi.

La fascia d'età 20-29 anni oggi rappresenta lo 0,25% del totale ma, in questo caso, con una lieve prevalenza del genere maschile con il 60,86% rispetto al genere femminile con il 39,14% ma questo dato risulta poco indicativo per i bassi numeri a disposizione a causa un numero ridotto di specialisti presenti in questa fascia d'età.

Nel 2010 circa lo 0,15% era nella fascia d'età 20-29 anni ed era composto per il 59,26% dal genere femminile e per il 40,74% dal genere maschile.

In 10 anni abbiamo avuto quindi una totale trasformazione della piramide dell'età della medicina specialistica ambulatoriale convenzionata interna con la maggioranza dei medici che sono presenti nella fascia d'età con più di 60 anni, il 48,96% del totale della categoria con prevalenza, ma solo per questa fascia d'età, del sesso maschile.

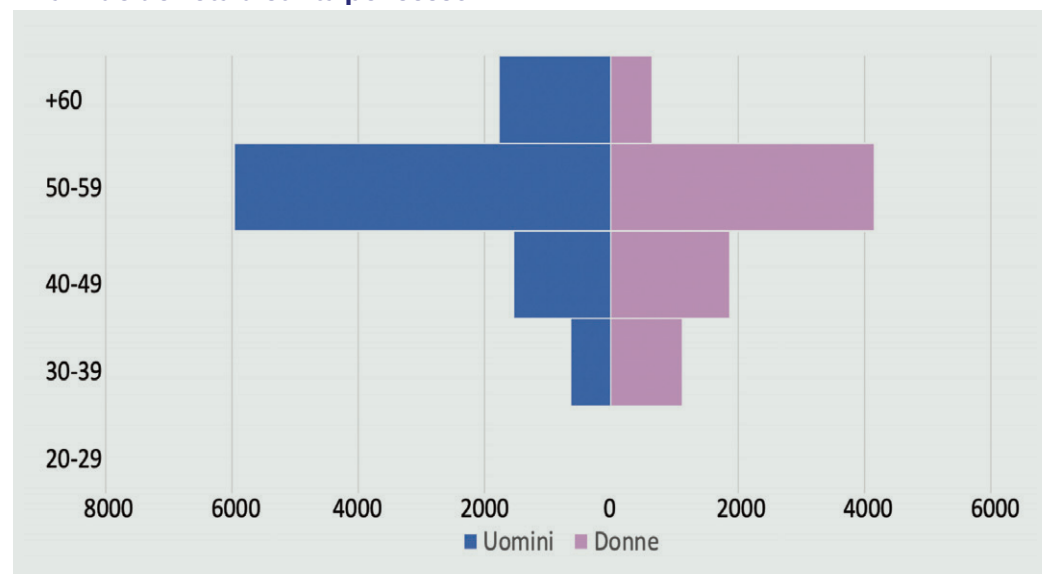
Altro dato evidente e rilevante è la brusca inversione di genere nelle fasce d'età che vanno dai 20 ai 59 anni e soprattutto perché la specialistica convenzionata interna è regolata da un rapporto di lavoro particolarmente gradito dalle donne per la maggior flessibilità con orari e giornate prestabiliti, proposti dalle aziende sanitarie ed accettati dalle specialiste permettendo loro di esprimersi professionalmente nel territorio e al contempo di potersi organizzare nella gestione della famiglia e dei figli, dando

la possibilità alle più giovani di affrontare con maggiore serenità un progetto di maternità senza sacrificare la formazione ricevuta e la propria professionalità di specialista.

Il fenomeno della femminilizzazione che sta trasformando la categoria medica con l'inversione di genere, specie tra i neolaureati e i nuovi iscritti alla facoltà di medicina e chirurgia, ci porterà ad avere un alto numero di medici donne.

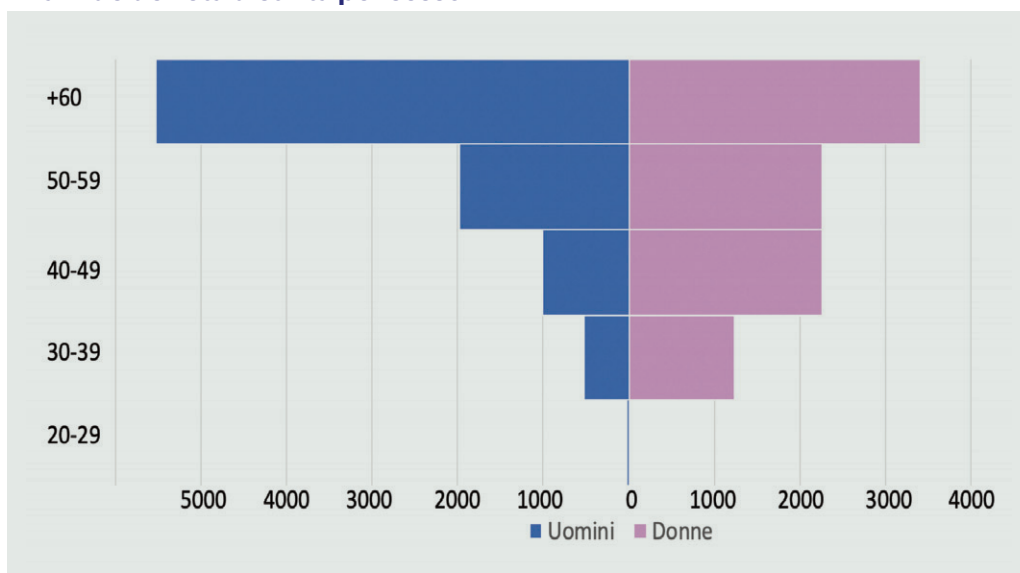
Questo fenomeno non potrà non essere considerato se vogliamo davvero risolvere la citata e già esistente carenza di specialisti. Il rapporto convenzionale della specialistica interna infatti, visto l'alto gradimento del genere femminile, è la possibile soluzione per attrarre specialisti (oggi in maggioranza donne) a lavorare nel SSN, tenendo soprattutto conto del progetto di potenziamento della sanità territoriale come previsto nel PNRR.

Anno 2010 – Medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni Piramide dell'età distinta per sesso



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati ENPAM

Anno 2021 – Medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni
Piramide dell'età distinta per sesso



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati ENPAM

CAMBIA...MENTI

SUMAI E IL PASSAGGIO GENERAZIONALE

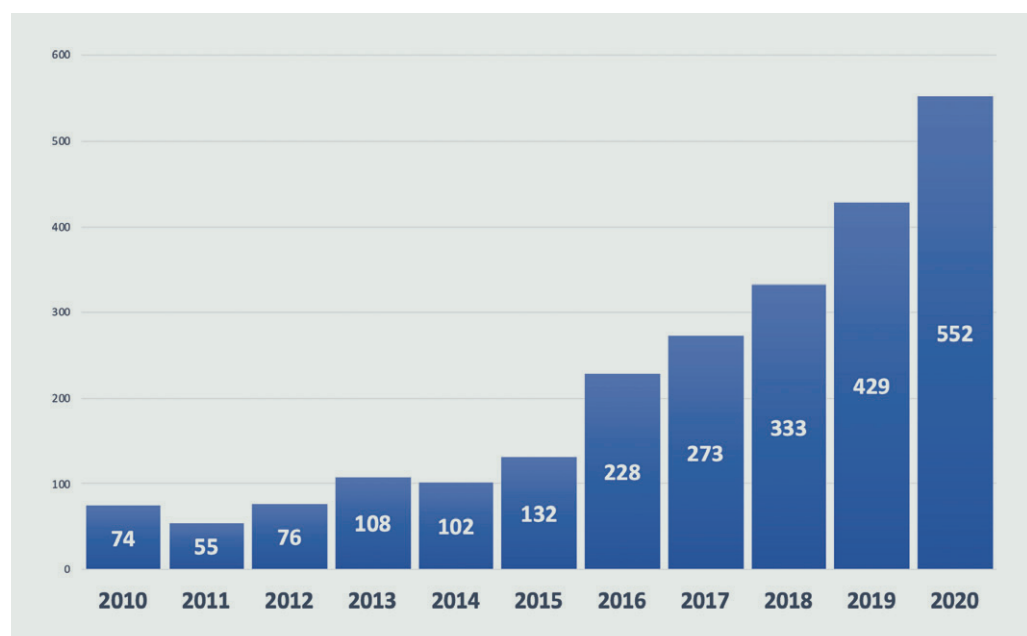
ALTRA URGENTE QUESTIONE è quella di garantire il necessario e fisiologico turnover per il grande numero di specialisti ambulatoriali che sono prossimi alla pensione.

La valutazione di seguito riportata è stata fatta cercando di dare un dato omogeneo della categoria considerando gli incarichi a tempo indeterminato assieme a quelli a tempo determinato in quanto l'ACN del 2010 non permetteva incarichi diretti a tempo indeterminato come invece avviene oggi dopo l'ACN del 2015.

Infatti, oggi, su 18.232 specialisti ambulatoriali, sia a tempo indeterminato che determinato, ben 13.164 cioè il 72,20% hanno un'età compresa tra 50 e 70 anni e di questi il 58,90% pari a 7.754 specialisti secondo le nostre proiezioni andrà in pensione entro il 2027, mediamente a 68 anni.

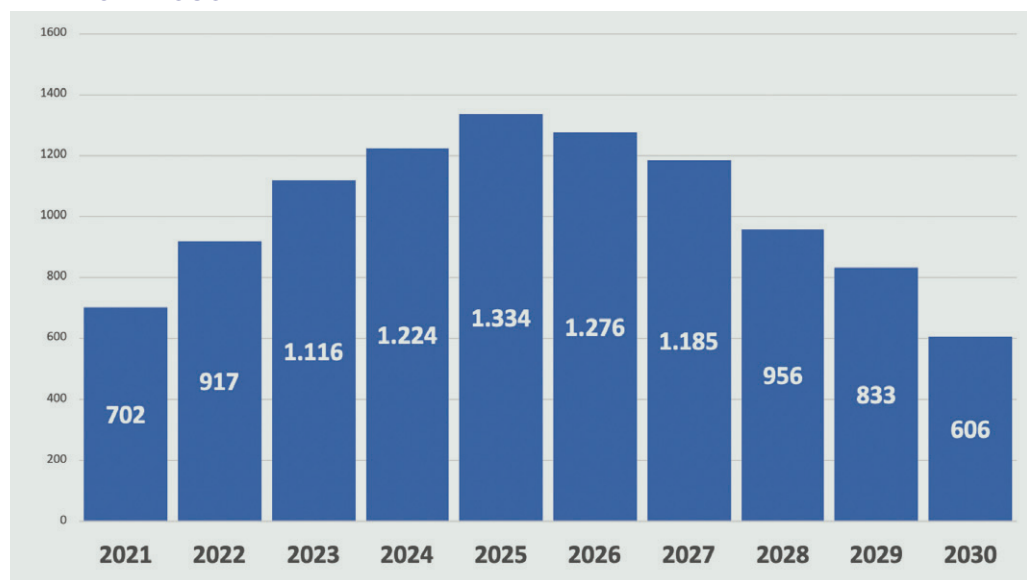
Nel 2010 su 17.720 specialisti ambulatoriali, sia a tempo indeterminato che determinato, erano 12.522 cioè il 70,66% quelli che avevano un'età compresa tra 50 e 70 anni e di questi solo il 4,37% pari a 775 specialisti avevano raggiunto i requisiti per poter andare in pensione entro il 2016 (il 10% di quelli del 2021).

Previsione numero pensionamenti specialisti ambulatoriali Anni 2010-2020



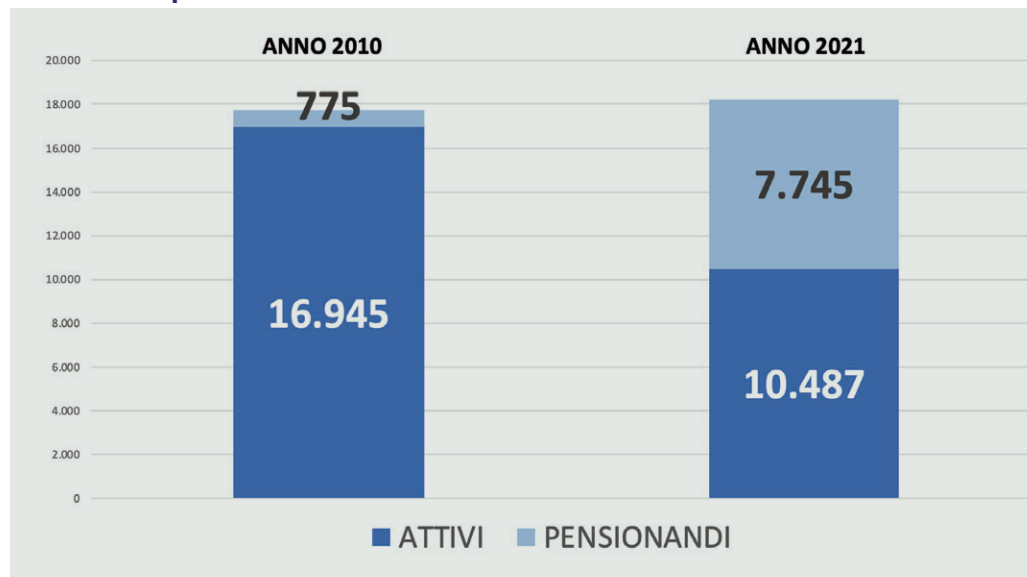
Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati ENPAM

Previsione numero pensionamenti specialisti ambulatoriali Anni 2021-2030



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati ENPAM

Confronto Specialisti Ambulatoriali e Pensionati - Anni 2010-2021



I numeri di oggi rispetto a quelli del 2010 ci impongono pertanto un'attenta riflessione considerando che per anzianità, entro il 2027, oltre ai 7.754 specialisti ambulatoriali, andranno in pensione anche 35.344 specialisti ospedalieri senza considerare le dimissioni volontarie anticipate dal loro rapporto di lavoro con il SSN. Fenomeno questo che solo nel 2019 ha visto tra gli ospedalieri ben 3.123 defezioni verso il privato ritenuto un'alternativa migliore sia dal punto di vista economico che per la qualità di vita. In 10 anni i medici ospedalieri che si sono licenziati anticipatamente sono aumentati secondo i dati a disposizione circa dell'80%.

Una vera e propria emorragia di specialisti convenzionati e dipendenti sia sul territorio che negli ospedali. Appare chiaro che se non si interviene immediatamente a favore del turnover della specialistica ambulatoriale, con un fisiologico ricambio generazionale, a breve i 10.478 medici specialisti che ancora non hanno raggiunto i requisiti per la pensione dovranno sopportare un carico previdenziale pesantissimo dovendo sostenere con i propri contributi i 7.754 specialisti che andranno a breve in pensione a cui si devono aggiungere gli 8.269 già in pensione ordinaria, gli 859 in pensione per inabilità e i 6.839 superstiti arrivando ad un rapporto di 1 attivo per 2 pensionati. Senza “cambia...menti” nell’attuale politica sanitaria in futuro avremo grossi problemi per garantire la sanità pubblica ai cittadini italiani ed in particolare l’assistenza specialistica territoriale necessaria creando anche un grave danno all’Ente Previdenziale e alle categorie mediche che in quel fondo versano i contributi.

Proseguendo con queste politiche scellerate si sta minando volontariamente il SSN, allungando le liste d’attesa, favorendo gli accessi impropri al pronto soccorso e i ricoveri non appropriati negli ospedali, penalizzando l’assistenza specialistica domiciliare e la presa in carico dei malati cronici e fragili.

Come SUMAI abbiamo l’obbligo di fare tutto il possibile per “assicurare” ai cittadini italiani un’assistenza specialistica di qualità e “vigilare” ma anche “agire” nei confronti di chi, palesemente in malafede (le équipes erano previste già dal 2012 con le AFT e le UCCP con la presenza dei MMG, PLS e specialisti ambulatoriali. Sono passati quasi 10 anni e nulla è stato fatto), non ha consentito e non consente pur in presenza di un Piano Nazionale della Cronicità (PNC) la presa in carico specialistica dei malati cronici sul territorio, specialmente di quelli complessi pregiudicando la costituzione delle équipes multi-disciplinari e multi-professionali già previste nella Balduzzi come anche nel PNRR senza un’adeguata presenza della componente specialistica ambulatoriale convenzionata pubblica direttamente gestita.

Negli ultimi ACN, il SUMAI ha costantemente cercato di facilitare, il più possibile, la copertura delle ore di specialistica ambulatoriale favorendo sempre di più l’accesso alla Convenzione dei giovani specialisti.

Su proposta del SUMAI, con l’articolo 54 dell’ACN, si è cercato inoltre di favorire un patto generazionale che permettesse agli specialisti che abbiano raggiunto i requisiti pensionistici necessari, con almeno 20 ore settimanali, di poter contestualmente anticipare parte della pensione liberando il 50% delle ore ricoperte a vantaggio dei giovani specialisti, sia per incremento orario che per graduatoria, garantendo e favorendo così il necessario turnover e la continuità del servizio avendo anche la certezza del pieno utilizzo del monte economico già finanziato e iscritto a bilancio per la specialistica ambulatoriale.

Tutto ciò è già possibile ed applicabile in quanto normato nell’ACN, deliberato dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione ENPAM che ne ha previsto anche uno specifico regolamento e ha avuto l’approvazione dai ministeri vigilanti.

Inoltre, il principio del pieno utilizzo del monte economico, finanziato e a bilancio, per la specialistica ambulatoriale è stato anche previsto, grazie al SUMAI, per gli incarichi derivanti da turni resisi comunque vacanti, come normato nell’articolo 3 comma 7 dell’ACN, mantenendo così la costanza di contribuzione previdenziale a favore del fondo della medicina convenzionata della Fondazione ENPAM ed in particolare in quello della specialistica ambulatoriale.

Quindi lo strumento c’è ed è operativo: l’ACN. Ora servono volontà politica, funzionari competenti e lungimiranti che ne garantiscano l’applicazione e non certo burocrati che ne rallentino il percorso.

CAMBIA...MENTI

SUMAI E SPECIALISTI OSPEDALIERI PER GENERE ED ETÀ

DAI DATI SI EVINCE come l'attività di medico specialista ospedaliero, a differenza della specialistica convenzionata, sia ancora ad appannaggio del genere maschile infatti vede nel suo organico in maggioranza specialisti di sesso maschile (53,52%) rispetto a specialisti di sesso femminile (46,48%).

Nel 2010 la specialistica ospedaliera aveva nel suo organico una maggioranza ancora più netta di specialisti di sesso maschile (61,63%) rispetto a quelli di sesso femminile (38,37%).

Il processo iniziale di femminilizzazione nella categoria degli ospedalieri, questa volta non sembra essere dovuto a specifica scelta, ma dovuto negli ultimi anni ad un numero maggiore di laureati in medicina e chirurgia e di specializzati di sesso femminile, e infatti si evidenzia solo a partire dalle fasce d'età più giovani 20-49 anni.

In particolare il 33,38% della categoria dei Medici Specialisti Ospedalieri (35.344) ha oggi un'età superiore ai 60 anni ed è composta per il 71,36% da uomini e il 28,64% da donne.

Mentre nel 2010 solo il 9,0 % aveva un'età superiore ai 60 anni (9.966) ed era composto per il 70,22% dal genere maschile e il 29,73% dal genere femminile.

Nella fascia di età 50-59 anni che rappresenta il 26,03% del totale della categoria il genere maschile con il 59,69% predomina rispetto al genere femminile con il 40,31%.

Nel 2010 il 47,80% era nella fascia d'età tra 50-59 anni ed era composto per il 70,23% dal genere maschile e per il 29,77% dal genere femminile.

La fascia d'età 40-49 anni, oggi rappresenta il 23,51% del totale e vede il genere femminile numericamente più numeroso rispetto a quello maschile, rispettivamente con il 59,75% di specialiste femmine contro il 40,25% di specialisti maschi.

Nel 2010 il 26,70% nella fascia d'età 40-49 anni era già composto per il 55,66% da femmine e il 44,34% da maschi.

La fascia d'età 30-39 anni, oggi rappresentata il 17,08% del totale di tutti gli specialisti, con una schiacciante maggioranza del genere femminile pari al 72,47% contro il 27,53% del genere maschile.

Nel 2010 il 16,40% della categoria era nella fascia d'età 30-39 anni composta per il 67,44% da specialiste femmine e per il 32,56% da specialisti maschi.

La fascia d'età 20-29 anni oggi rappresenta lo 0,01% degli ospedalieri soprattutto a causa un numero ridotto di specialisti presenti in questa fascia d'età e quindi con numeri che non ne permettono una reale valutazione.

Nel 2010 circa lo 0,10% era nella fascia d'età 20-29 anni ed era composta per il 60,36% da maschi e per il 39,64% da femminile.

In 10 anni nella specialistica ospedaliera c'è stata solo una modesta trasformazione della piramide dell'età con la maggioranza dei medici in servizio presenti nella fascia over 60, il 33,38% di tutta la categoria con una prevalenza del sesso maschile. Altro dato evidente è la prevalenza anche nella fascia 50-59 anni pari al 26,03% del totale, del genere maschile rispetto a quello femminile

Invece nella fascia d'età 20-49 anni si ha un'inversione di genere della categoria ospedaliera con la prevalenza del genere femminile specialmente tra gli ultimi assunti per la prevalenza di donne tra i neolaureati e gli iscritti alla facoltà di medicina e chi-

rurgia nelle Università italiane.

Questo fenomeno di femminilizzazione della categoria medica in futuro inciderà sull'arruolamento dei nuovi medici ospedalieri che, come abbiamo visto, preferiscono come donne, scegliere un rapporto di lavoro più flessibile e che si concili maggiormente con le esigenze di gestione della famiglia, dei figli e di un progetto di maternità.

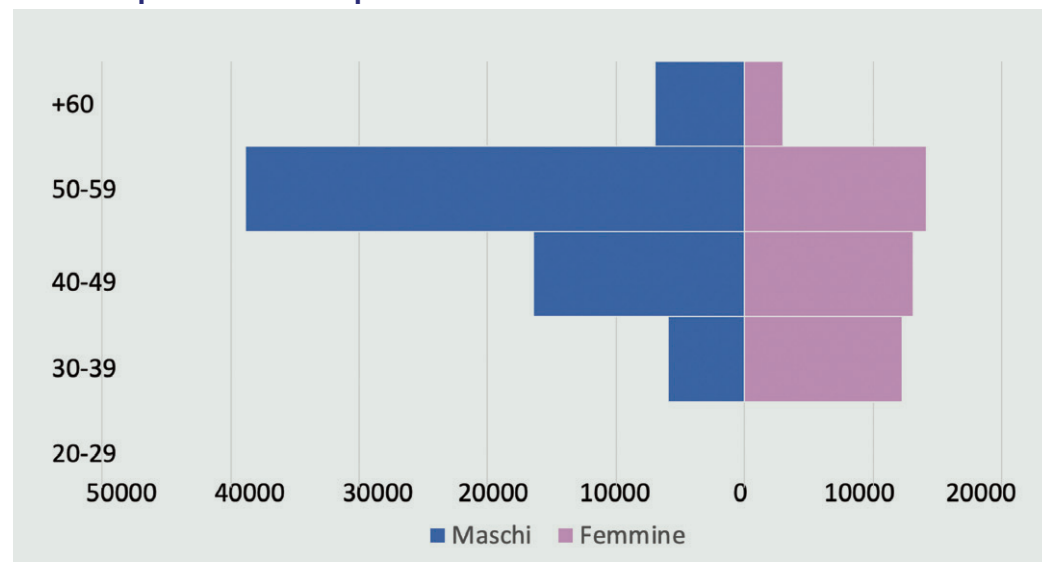
Se questo aspetto non verrà considerato il rischio sarà quello di aumentare ulteriormente la carenza di specialisti negli ospedali e vedere, come già accade oggi specie nel Nord Italia, sempre più concorsi anche se a tempo indeterminato andare deserti.

Altra urgente necessità sarà garantire, anche qui, il necessario turnover per il grande numero di specialisti ospedalieri prossimi alla pensione.

In 10 anni nella specialistica ospedaliera c'è stata una modesta trasformazione della piramide dell'età con la maggioranza dei medici in servizio presenti nella fascia con più di 60 anni, il 33,38% di tutta la categoria con una prevalenza del sesso maschile. Altro dato evidente è la prevalenza anche nella fascia 50-59 anni pari al 26,03% del totale, del genere maschile rispetto a quello femminile.

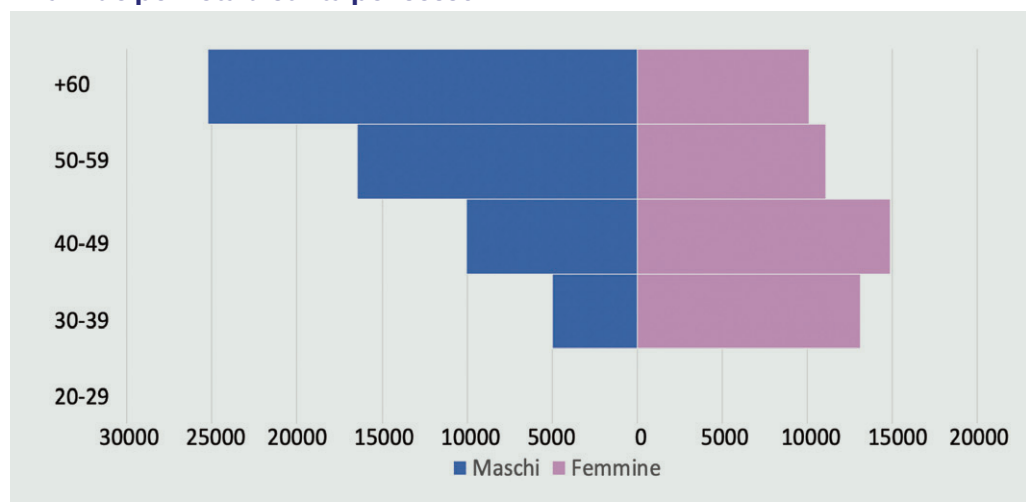
Invece nella fascia d'età 20-49 anni si ha un'inversione di genere della categoria ospedaliera con la prevalenza del genere femminile specialmente tra gli ultimi assunti per la prevalenza di donne tra i neo-laureati e gli iscritti alla facoltà di medicina e chirurgia nelle università italiane.

Anno 2010 – Medici specialisti ospedalieri Piramide per l'età distinta per sesso



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati Ministero della Salute

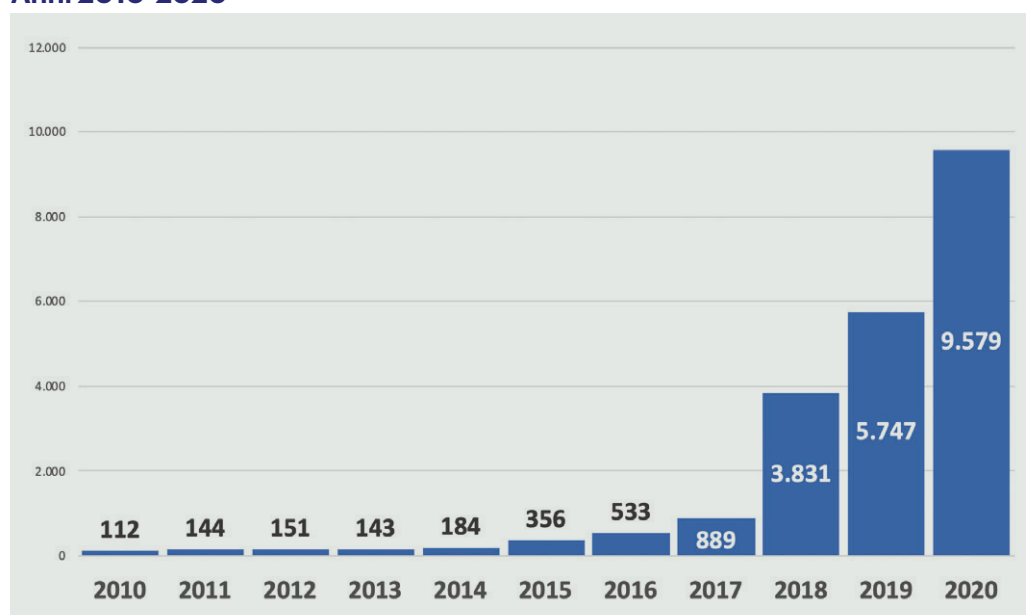
Anno 2021 – Medici specialisti ospedalieri Piramide per l'età distinta per sesso



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati Ministero della Salute

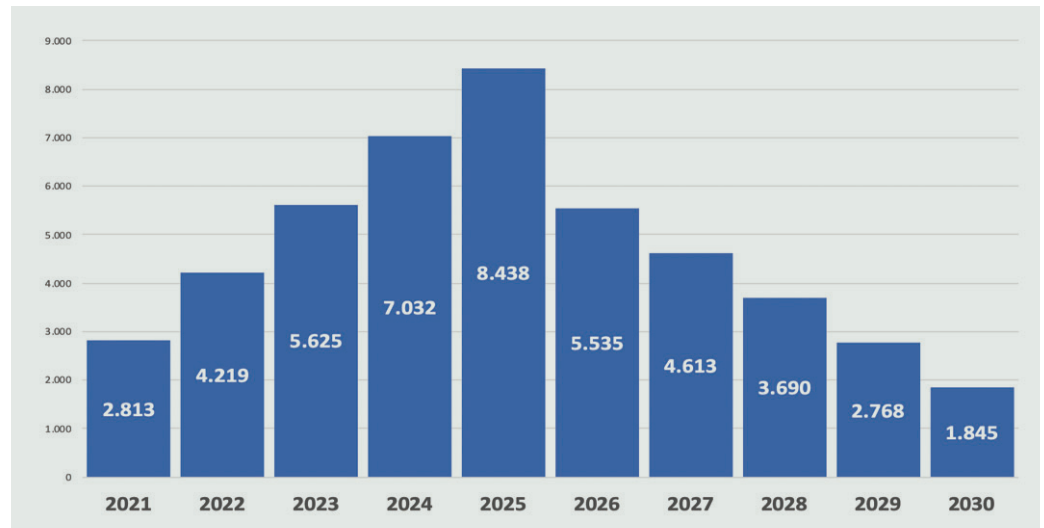
Altra necessità sarà garantire, anche qui, il necessario turnover per il grande numero di specialisti ospedalieri prossimi alla pensione. Infatti, oggi, su 105.896 specialisti ospedalieri ben 62.909 cioè il 59,41% hanno un'età compresa tra 50 e 70 anni e di questi il 56,18% pari a 35.344 specialisti ospedalieri andrà in pensione entro il 2027.

Previsione numero pensionamenti specialisti ospedalieri Anni 2010-2020



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati Conto Annuale del Tesoro (CAT)

Previsione numero pensionamenti specialisti ambulatoriali Anni 2021-2030

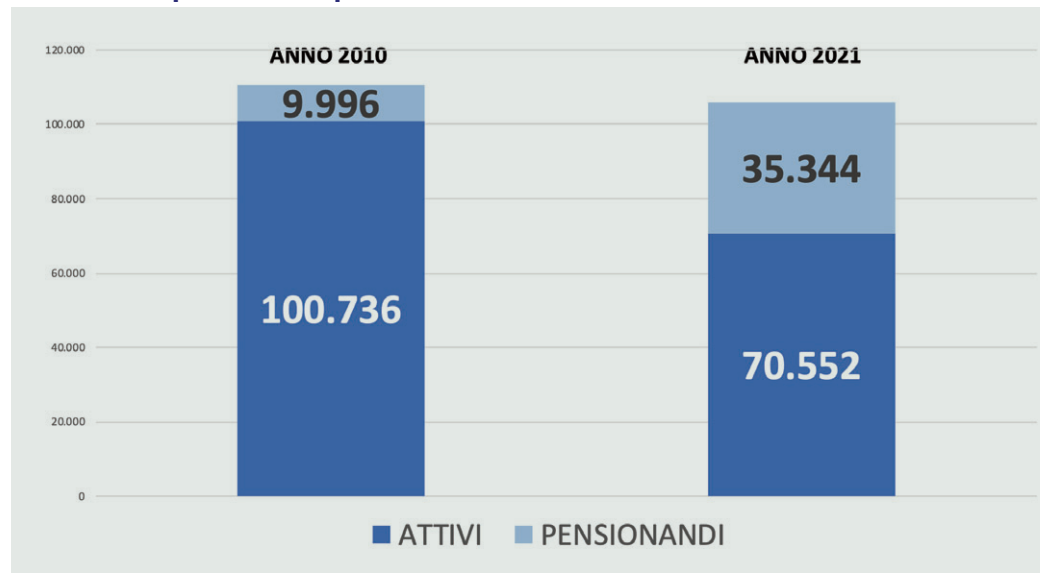


Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati Conto Annuale del Tesoro (CAT)

Nel 2010 invece su 110.732 specialisti ospedalieri in 62.896 cioè il 56,80% avevano un'età compresa tra 50 e 70 anni e di questi il 9,0 % pari a 9.996 specialisti avevano i requisiti per poter andare in pensione entro il 2016 (circa il 15% di quelli del 2021).

Di seguito si riportano graficamente le previsioni di pensionamento del 2010 e del 2021 per anzianità dei medici specialisti ospedalieri senza considerare quelli che anticiperanno la pensione e quelli che cambieranno rapporto di lavoro optando o per un rapporto convenzionale o passando al privato oppure andando a lavorare all'estero.

Confronto Specialisti Ospedalieri attivi e Pensionandi - Anni 2010-2021



CAMBIA...MENTI

SUMAI I CONVENZIONATI MMG E I PLS PER GENERE ED ETÀ

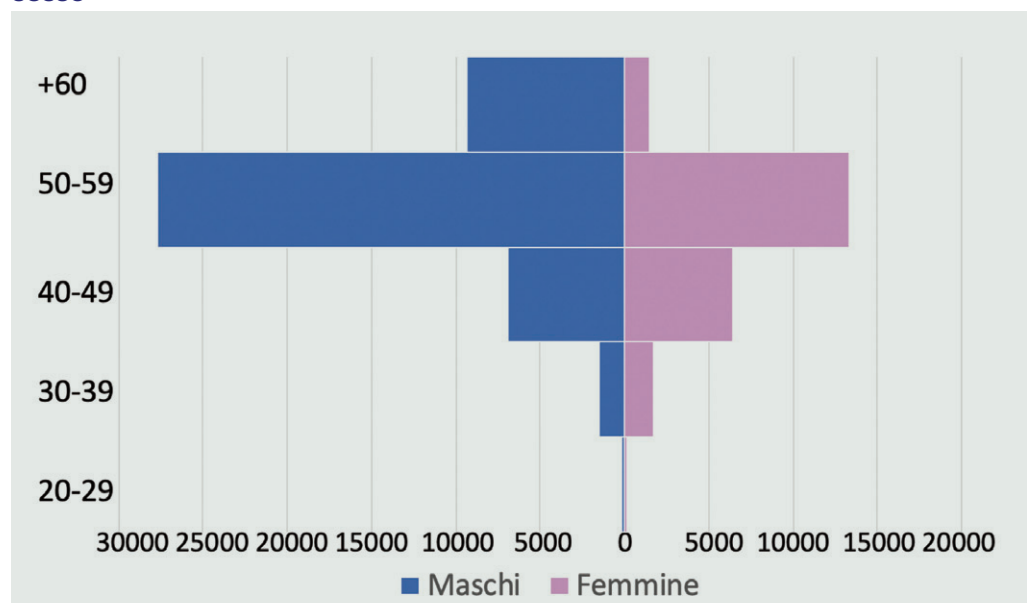
CONSIDERIAMO L'INSIEME dei medici convenzionati che fanno parte dell'Assistenza Primaria, della Continuità Assistenziale, dell'Emergenza Sanitaria territoriale e della Medicina dei Servizi i cui rapporti di lavoro sono normati da una unica convenzione e che definiremo tutti come Medici di Medicina Generale. A questi aggiungiamo anche i Pediatri di Libera Scelta in quanto facenti parte dello stesso fondo previdenziale.

Dagli attuali dati si evince come l'attività dei Medici di Medicina Generale (Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Emergenza sanitaria territoriale, Medicina dei servizi) e dei Pediatri di Libera Scelta, messi tutti assieme, rimanga a differenza della Specialistica Convenzionata Interna, ancora ad appannaggio del genere maschile (58,35%) rispetto a quelli di sesso femminile (41,65%).

Nel 2010 la Medicina Generale (Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Emergenza sanitaria territoriale, Medicina dei servizi) e la Pediatria di Libera Scelta vedevano nel loro organico una maggioranza ancora più netta di medici di sesso maschile (66,33%) rispetto a quelli di sesso femminile (33,67%).

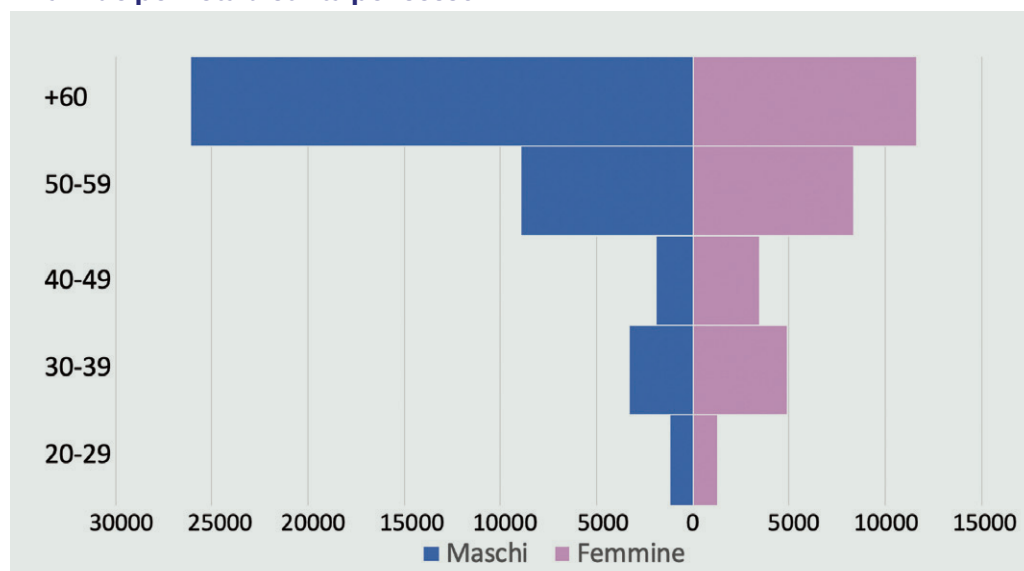
Il processo di femminilizzazione, come per la specialistica ambulatoriale, avviene anche in questo caso per precisa scelta partendo dalle fasce d'età più giovani 20-49 anni.

Anno 2010 – Medici di Medicina Generale e Pediatri Piramide per l'età distinta per sesso



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati ENPAM

**Anno 2021 – Medici di Medicina Generale e Pediatri
Piramide per l'età distinta per sesso**



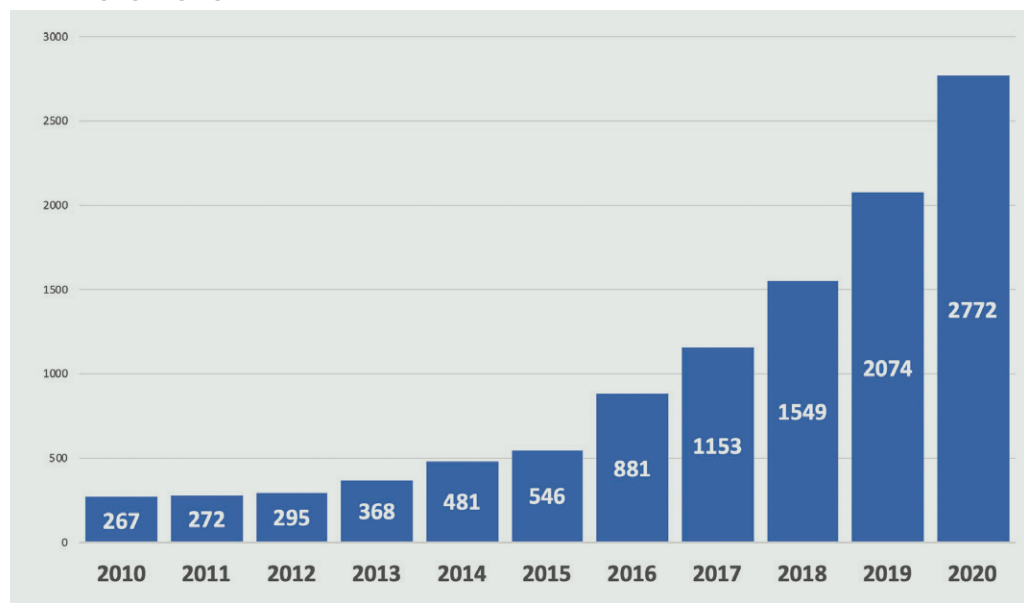
Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati ENPAM

Altro dato evidente e rilevante è l'inversione di genere nelle fasce d'età dai 20 ai 49 anni dovuta anche qui da un rapporto di lavoro gradito dalle donne in quanto è quello che permette a queste ultime di potersi esprimere sia professionalmente come medico di medicina generale che pediatra di libera scelta potendosi anche organizzare nella gestione della famiglia e dei figli permettendo così alle più giovani di affrontare più serenamente un progetto di maternità senza sacrificare la formazione ricevuta e la sua professionalità acquisita con il corso di formazione specifica e con la specializzazione.

Per il resto della Medicina convenzionata in futuro avremo inevitabilmente un alto numero di medici donne anche per il gran numero di neo-laureati e di iscritti alla facoltà di medicina e chirurgia di sesso femminile

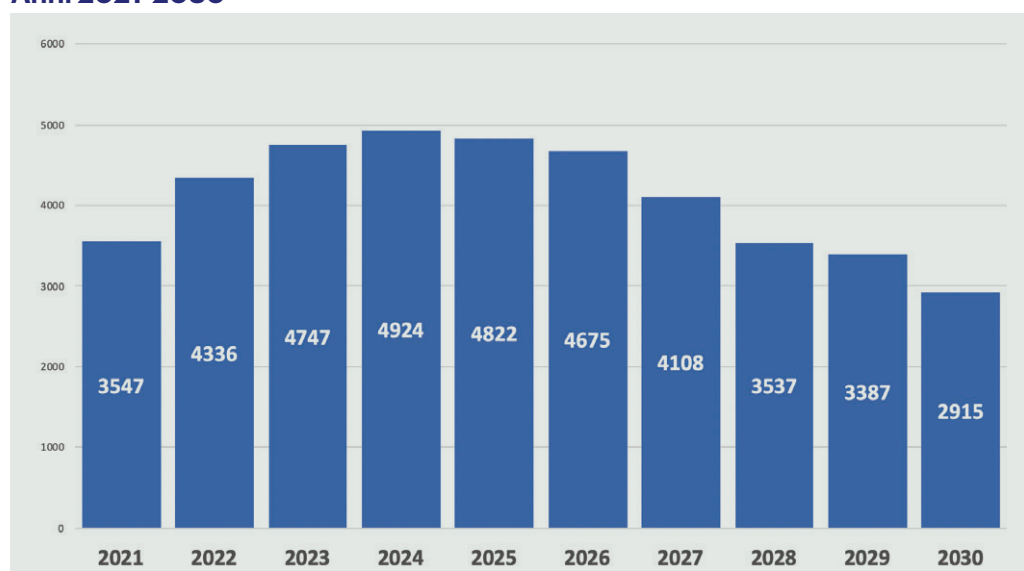
Questo fenomeno di femminilizzazione della categoria dovrà dunque essere considerato per attrarre medici disposti a lavorare nel SSN, anche nell'assistenza primaria, tenendo conto del progetto di potenziamento della sanità territoriale previsto nel PNRR.

Previsione numero pensionamenti Medici di Medicina Generale e Pediatri Anni 2010-2020



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati ENPAM

Previsione numero pensionamenti Medici di Medicina Generale e Pediatri Anni 2021-2030



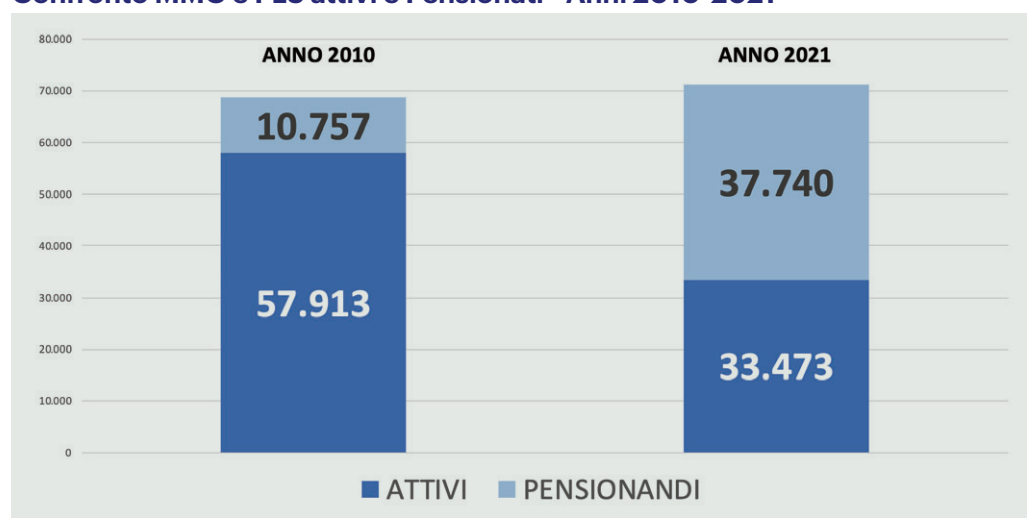
Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI su dati ENPAM

Altra urgente necessità è quella di dover garantire la copertura delle zone carenti con il necessario turnover per il grande numero di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta prossimi alla pensione.

Infatti, oggi, su 71.213 Medici di Medicina Generale (Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Emergenza sanitaria territoriale, Medicina dei servizi) e Pediatri di Libera Scelta ben 55.069 cioè il 77,32% hanno un'età compresa tra 50 e 70 anni e di que-

sti il 53,00% pari a 37.740 medici andrà in pensione entro il 2027.
Nel 2010 su 68.670 Medici di Medicina Generale (Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Emergenza sanitaria territoriale, Medicina dei servizi) e Pediatri di Libera Scelta in 51.757, cioè il 70,66%, avevano un'età compresa tra 50 e 70 anni e di questi il 15,66% pari a 10.757 medici avevano i requisiti per poter andare in pensione entro il 2016 (il 28,50% di quelli del 2021).

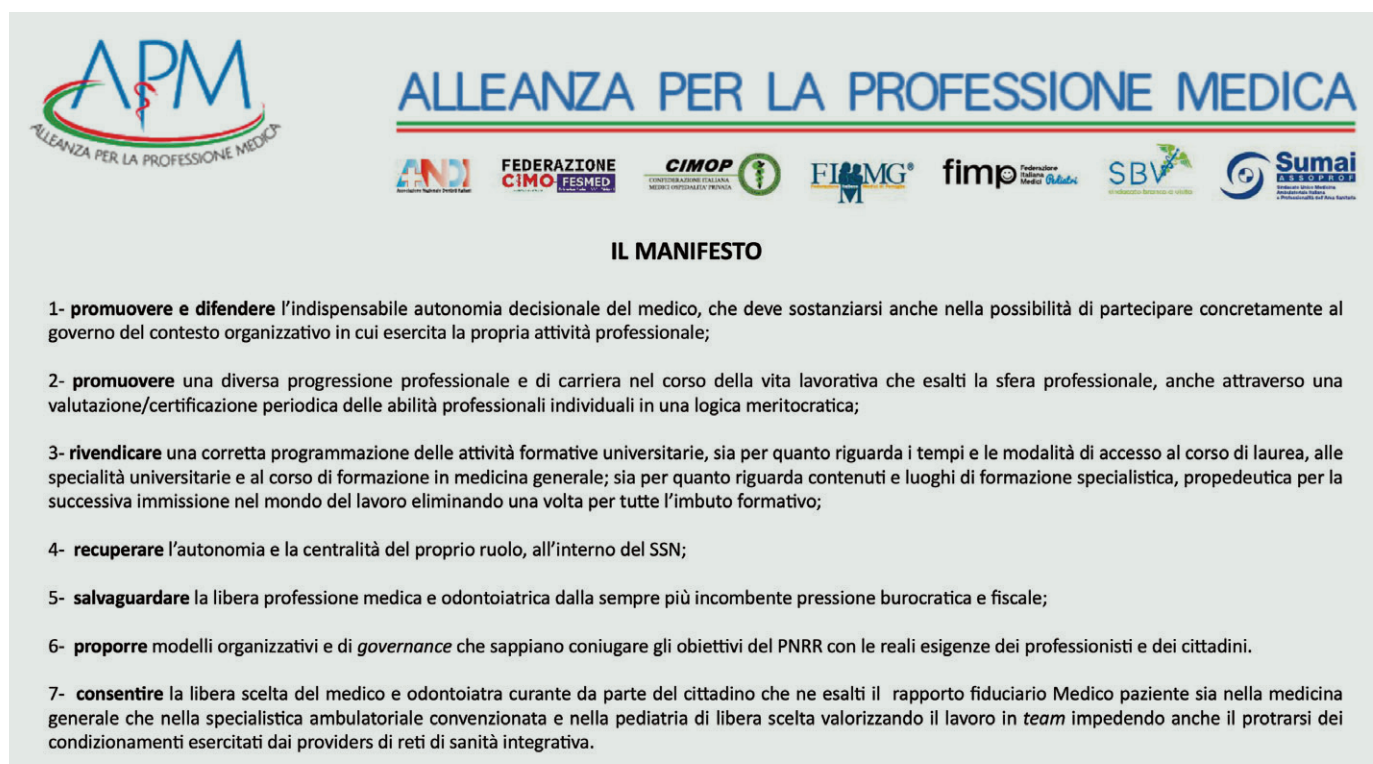
Confronto MMG e PLS attivi e Pensionati - Anni 2010-2021



CAMBIA...MENTI SUMAI "MEDICI INSIEME" IN APM

ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA, (APM) si ripropone come intersindacale raccogliendo al suo interno 7 sigle sindacali, ANDI, CIMO, CIMOP, FIMMG, FIMP, SBV e SUMAI. In quanto rappresentativa di oltre 100.000 medici e odontoiatri (operanti nella dipendenza pubblica e privata, nella medicina convenzionata e accreditata come libero professionisti) ha presentato un manifesto di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale e del ruolo dei medici chirurghi e degli odontoiatri con un'iniziativa di confronto e dialogo sui temi della sanità che si è svolta a Roma il 28 luglio 2021 presso l'Hotel Nazionale in Piazza di Montecitorio.

Durante quella giornata, dedicata al tema del PNRR, Alleanza per la Professione Medica ha presentato il suo **manifesto di rilancio del SSN** ad una platea di politici in rappresentanza del Governo e del Parlamento.



ALLEANZA PER LA PROFESSIONE MEDICA

IL MANIFESTO

- 1- **promuovere e difendere** l'indispensabile autonomia decisionale del medico, che deve sostanziarsi anche nella possibilità di partecipare concretamente al governo del contesto organizzativo in cui esercita la propria attività professionale;
- 2- **promuovere** una diversa progressione professionale e di carriera nel corso della vita lavorativa che esalti la sfera professionale, anche attraverso una valutazione/certificazione periodica delle abilità professionali individuali in una logica meritocratica;
- 3- **rivendicare** una corretta programmazione delle attività formative universitarie, sia per quanto riguarda i tempi e le modalità di accesso al corso di laurea, alle specialità universitarie e al corso di formazione in medicina generale; sia per quanto riguarda contenuti e luoghi di formazione specialistica, propedeutica per la successiva immissione nel mondo del lavoro eliminando una volta per tutte l'imbutto formativo;
- 4- **recuperare** l'autonomia e la centralità del proprio ruolo, all'interno del SSN;
- 5- **salvaguardare** la libera professione medica e odontoiatrica dalla sempre più incombente pressione burocratica e fiscale;
- 6- **proporre** modelli organizzativi e di *governance* che sappiano coniugare gli obiettivi del PNRR con le reali esigenze dei professionisti e dei cittadini.
- 7- **consentire** la libera scelta del medico e odontoiatra curante da parte del cittadino che ne esalti il rapporto fiduciario Medico paziente sia nella medicina generale che nella specialistica ambulatoriale convenzionata e nella pediatria di libera scelta valorizzando il lavoro in *team* impedendo anche il protrarsi dei condizionamenti esercitati dai providers di reti di sanità integrativa.

Nel manifesto APM denuncia il mancato ascolto e coinvolgimento della professione medica durante la stesura del PNRR e la mancanza di investimenti sulla categoria nelle scelte nel Piano, con il rischio concreto di bruciare le risorse messe a disposizione, creando un SSN "zoppo", pieno di strutture con solo professioni sanitarie ma senza medici.

La pandemia ha chiaramente dimostrato che "non si fa sanità senza i medici" come confermato dall'elevata percezione dei cittadini nel ritenere prioritario il rapporto diretto con il medico.

APM vuole quindi apertamente manifestare l'evidente distanza fra sanità reale e sanità virtuale. La prima basata sul vero bisogno di assistenza clinica, quella concretamente nota ai medici che ogni giorno, sul campo, mostrano resilienza e capacità

di assicurare la migliore assistenza e cura ai cittadini italiani. La seconda invece quella di una sanità decisa a tavolino che esclude sistematicamente i professionisti della salute dalle scelte programmatiche.

I medici italiani, garanti del rispetto dell'Art. 32 della Costituzione sono da sempre pronti a mettere a disposizione del Paese tutte le necessarie competenze per il rilancio della sanità ma sono altrettanto stanchi arrabbiati e sfiduciati per l'assenza di ascolto.

Se la "sanità pubblica" continua ad essere marginalizzata perché le procedure, la programmazione e gli interventi non sono coerenti con i reali bisogni di assistenza sanitaria, emerge sempre di più la nuova sanità "sostitutiva" fatta di committenza, assicurazioni, fondi sanitari e task shifting.

APM chiede, pertanto, che le risorse della missione 6 del PNRR non siano finalizzate a creare "cattedrali nel deserto" ma siano utilizzate in modo appropriato ascoltando le proposte dei professionisti e dei medici in particolare. Il nostro obiettivo principale è garantire l'offerta sanitaria di cui davvero ha bisogno il cittadino attraverso l'elaborazione di un PNRR che veda, in prima linea, anche i medici come protagonisti del cambiamento.

CAMBIA...MENTI SUMAI DAL SSN UNIVERSALISTICO A...

NEL 1978 NASCE IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE quando il diritto alla salute non era garantito a tutti i cittadini.

Ora la nuova riforma prevista dal PNRR che riprende in parte la legge Balduzzi (la 189/2012 che cercò di riorganizzare la sanità ospedaliera ma soprattutto quella territoriale con le Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT e le Unità Complesse delle Cure Primarie - UCCP), in particolare nella parte che riguarda la revisione dei servizi sanitari riorganizzando l'assistenza sanitaria territoriale delle cure primarie e la loro "deospedalizzazione" con l'integrazione mono-professionale e multi-professionale tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali non prevede le necessarie risorse finanziarie da destinare ai medici. Sono state invece previste risorse finanziarie per incrementare il numero di operatori delle professioni sanitarie infermieristiche e le loro funzioni, anche mediante un poco opportuno e poco velato task shifting (infermieri di comunità, infermieri di famiglia, ecc) e soprattutto per favorire l'apertura al mercato esterno e all'appalto dei servizi sanitari, nonché lo sviluppo dell'ICT quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.

Insomma una parziale sostituzione del medico attraverso le altre professioni e le nuove tecnologie sminuendo le specifiche competenze di ognuno che sono indispensabili soprattutto quando si tratta della salute dei cittadini ma utile se si vuole aprire la sanità al mercato non più migliorandola o integrandola ma sostituendola. Ecco dunque nascere la "Sanità sostitutiva". Ma forse siamo ancora in tempo.

CAMBIA ... MENTI

SUMAI E TECNOLOGIA IN SANITÀ

PARLAVAMO DI TECNOLOGIA, sicuramente uno dei temi apparentemente più affascinanti in campo sanitario è quello dell'intelligenza artificiale per i risvolti tecnologici, per gli impatti, etici e sociali ma soprattutto professionali.

In prima battuta possiamo definire l'intelligenza artificiale (AI) come l'insieme delle tecniche di software e delle infrastrutture informatiche che permetterebbero di portare a termine compiti con prestazioni paragonabili (secondo alcuni addirittura superiori) all'esperienza dell'intelligenza umana. In campo sanitario però tutto ciò comporta importanti riflessioni di varia natura.

Le applicazioni dell'AI sono tantissime e ormai consolidate in numerosi ambiti. Talvolta sono talmente integrate nei sistemi da essere difficilmente individuabili; altre volte invece appaiono più visibili e volutamente in evidenza per sottolinearne nelle applicazioni la natura innovativa.

Le applicazioni sono in grado di seguire il paziente in tutto il suo percorso di cura. Nel monitoraggio della salute individuale attraverso l'uso di dispositivi indossabili e APP personalizzate per la prevenzione. Nell'uso di dispositivi che vengono allertati su specifici eventi in relazione ad anomalie del quadro fisiologico e alle applicazioni in grado di utilizzare dei veri e propri "assistenti virtuali" per supportare i medici nelle diagnosi sia nel campo generale che specialistico. Particolarmente promettenti sono inoltre i software in grado di supportare le analisi di laboratorio o la diagnostica per immagini e ancora più incredibile è lo sviluppo di sistemi di chirurgia robotica in grado di supportare chirurghi durante gli interventi partendo dall'analisi di database di casi simili correlati a database di esiti. E infine come non citare le potenzialità nella riabilitazione e nei follow up dei pazienti.

Uno degli ambiti principali di applicazione dell'AI è quello dei wearable (indossabili). Applicazioni per la prevenzione delle cadute, di predizione di attacchi cardiaci e monitoraggio a distanza attraverso vari parametri come il glucosio o il monitoraggio post chirurgico con tracker di attività. In tutte queste applicazioni sono presenti set di dati che, con meccanismi di machine learning o deep learning, vengono addestrati per riconoscere le anomalie e di conseguenza intervenire con segnalazioni opportune.

Per certi aspetti sarebbero ancora più stupefacenti le applicazioni nel campo della diagnostica per immagini dove si spaccia per possibile effettuare ad esempio diagnosi di patologie polmonari attraverso una semplice radiografia, diagnosi di cancro alla mammella. Strumenti dunque sostitutivi e non d'aiuto al professionista medico.

Sicuramente utili nell'acquisizione di immagini e successiva ricostruzione, in ausilio a diagnosi di COVID 19 o screening dermatologico. In queste situazioni si sfrutta la grande maturità delle tecnologie di AI legate al riconoscimento delle immagini, soprattutto attraverso il deep learning.

Un altro settore riguarda il monitoraggio fisiologico con interessanti applicazioni per il monitoraggio dell'aderenza alle terapie attraverso l'analisi dei movimenti oculari in neurologia, la scansione della retina per il controllo della sclerosi multipla, il controllo della retinopatia diabetica e la prevenzione di stati di alterazione fisiologica con anticipo rispetto all'insorgenza dei sintomi.

Una delle applicazioni della AI che potrebbero rivestire un impatto maggiore e che ritengo più pericolosa se gestita al di fuori del controllo diretto del medico è quella che riguarda l'assistenza virtuale a medici e pazienti. Per i primi svolgendo compiti

noiosi e ripetitivi consentirebbe ai medici di concentrarsi su operazioni a più elevato valore aggiunto. Per i secondi consentendo di ricevere risposte adeguate da chat-bot opportunamente addestrati tramite una grande moltitudine di dati che secondo alcuni potrebbero permettere addirittura di comprendere alcuni sintomi a partire dalle domande ricevute e attivando, se necessario, un sistema di allerta per particolari patologie, oltre che snellendo i processi amministrativi.

Ultimo esempio ma non meno importante è quello relativo alla robotica, collaborativa e chirurgica. In ambito chirurgico risulta molto promettente la possibilità di utilizzare dataset di procedure chirurgiche passate per sviluppare nuove tecniche riducendo il rischio di errori umani, che senza la supervisione medico specialistica potrebbe aprire la strada ad errori e bug informatici.

Questi aspetti che sono reali e che se gestiti dal medico sono in grado di avere un benefico impatto sul sistema salute non devono far dimenticare alcune criticità che potrebbero rallentare o addirittura far fallire l'adozione di queste applicazioni.

Mi riferisco soprattutto ai problemi di qualità dei dati, di protezione dei dati e di privacy, alla cybersecurity, alla enorme quantità di dati e alla interoperabilità tra vari sistemi collettori di dati.

Sono sicuramente problemi reali che necessitano di un approccio olistico con il contributo di diverse personalità: medici, ingegneri, informatici, eticisti, legali.

La nuova normativa di settore MDR 745/2017 specifica ulteriormente rispetto alla precedente il ruolo come medical device dei software e degli algoritmi che, in particolare se hanno uno scopo medico o di prevenzione, ricadono nell'ambito di applicazione della direttiva stessa.

La direttiva prevede una serie di norme armonizzate e di requisiti sia in sede di progettazione che in fase post-commercializzazione di sorveglianza tali da garantire l'efficacia per il paziente oltre che la sicurezza di utilizzo. Di conseguenza aumenteranno notevolmente gli studi clinici per verificarne l'efficacia e ognuno di questi studi clinici verrà approvato da un comitato etico che ne valuterà gli aspetti etico-legali e la validità scientifica, oltre che il corretto disegno e l'analisi statistica dei risultati.

Avremo sicuramente un sistema cautelativo e correttamente presidiato ma purtroppo i costi per una piccola start-up potrebbero diventare proibitivi e potrebbero far migrare molte menti e risorse verso sistemi più aperti, gli Stati Uniti ad esempio sono molto più avanti in questo settore, soprattutto dopo il lancio dell'"Artificial Intelligence/Machine Learning (AI/ML)-Based Software as a Medical Device (SaMD) Action Plan".

Concludendo, si può affermare che le opportunità sono molte e che il momento storico è un'occasione unica per sviluppare e utilizzare nella pratica clinica gli strumenti che l'AI ci mette a disposizione, ma occorre che questi strumenti siano di semplice ausilio al medico e non come qualcuno vorrebbe, di possibile sostituzione del medico stesso, facendo sì che società di capitale mediante centri utilizzatori che dotandosi di professionalità interne, anche non mediche, ne governino le sfide tecnologiche, etiche e sociali mettendo in relazione i vari stakeholder.

Noi medici, a garanzia della salute dei cittadini, dobbiamo monitorare ed intervenire quando necessario valutando attentamente i costi e benefici con le metodologie proprie dell'HTA al fine di utilizzare nel migliore dei modi l'innovazione con trasparenza e attenzione ai risultati finali in termini di esiti e qualità delle cure.

Non si può prescindere dal diretto rapporto medico-paziente, dalla visione olistica dell'individuo, dalla fiducia reciproca dettata dal rapporto empatico tra le parti.

Gli Ordini Professionali ed i Sindacati dovranno intervenire immediatamente. I

primi scrivendo regole etiche sul codice deontologico e di comportamento del singolo professionista arrivando, se necessario, a promuovere atti legislativi volti a valorizzare la formazione e il valore del diploma di laurea anche mediante materie che insegnino l'uso ed il rapporto del medico con la tecnologia e con l'AI.

Compito dei sindacati sarà invece definire, in sede di negoziazione contrattuale, norme che regolino l'uso di queste tecnologie in ambito sanitario, rispettando il codice deontologico, sotto la diretta ed esclusiva responsabilità del singolo professionista medico, senza deleghe, se non quelle della sola programmazione dei software necessari ma sempre concordati.

CAMBIA ... MENTI SUMAI E L'ATTIVITÀ SINDACALE

SONO GIÀ PASSATI 5 ANNI dall'elezione della Segreteria Nazionale uscente del SUMAI Assoprof, eppure sembra passato molto più tempo per la mole di lavoro svolto e per i risultati ottenuti.

Sono stati 5 anni di cambia...menti epocali all'interno della nostra Organizzazione Sindacale.

ANNO 2016

Il 2016 per il SUMAI Assoprof è stato uno dei più difficili di sempre sia da un punto di vista umano che da un punto di vista sindacale. La **prematura e repentina scomparsa del nostro amato Segretario Generale Roberto Lala**, ha segnato tutti noi e avrebbe potuto travolgere il nostro sindacato. Il SUMAI Assoprof, però, con una dimostrazione di unità, compattezza e forza non si è perso d'animo e ha iniziato un nuovo percorso attraverso un proficuo lavoro di squadra con la **nomina di una nuova Segreteria Nazionale e di un nuovo Segretario Generale**, avvenuta per acclamazione proprio nel senso dell'unione e della continuità di un percorso che era iniziato dopo la sigla dello storico ACN avvenuta solo un anno prima.

ANNO 2017

Con la FIMMG, anche lei appena uscita da un delicato congresso nell'ottobre 2016, con il cambio di guida per le dimissioni da Segretario Generale, Giacomo Milillo, e la nomina di Silvestro Scotti come nuovo Segretario Generale ed insieme alla FIMP, che ne frattempo avrebbe nominato nuovo Presidente Paolo Biasci abbiamo dato vita ad un'alleanza all'interno dell'area convenzionata territoriale, inaugurando una proficua stagione di lotta unitaria.

Tra le iniziative la prima a Roma con una **segreteria nazionale congiunta SUMAI-FIMMG-FIMP** pronti ad azioni sindacali delle tre categorie se non si fosse riaperto al più presto il tavolo delle trattative per il rinnovo degli AA.CC.NN., anche economici, delle Convenzioni ferme ormai da 8 anni.

Il successo dell'iniziativa ha portato alla riscrittura dell'Atto di indirizzo per il nuovo ACN.

A seguito di questo il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha garantito la definitiva copertura finanziaria dei contratti e delle convenzioni dando via all'apertura dei tre tavoli negoziali per il rinnovo dei rispettivi contratti.

A Salerno abbiamo celebrato i 50 anni di vita del SUMAI stampando un libro di celebrazione che ripercorre la vita del sindacato e dei suoi protagonisti, corredato da storiche immagini, in queste cinque decadi attraverso i suoi Congressi Nazionali, libro che dovrebbero leggere sia i quadri sindacali che i singoli iscritti, per capire

quanto sia importante un vero sindacato, quanto lavoro, quanta passione e quanta fatica c'è dietro un'organizzazione che ha davvero a cuore la sua categoria.

La specialistica ambulatoriale convenzionata interna esiste proprio perché esiste il SUMAI, che ha creato questo tipo di rapporto giuridico che oggi tutela circa 20 mila specialisti tra medici, veterinari, psicologi, biologi e chimici.

Il contratto nazionale con diritti e doveri, negoziati e concordati con la parte pubblica, senza il SUMAI Assoprof non esisterebbe. Senza il lavoro della dirigenza sindacale avremmo il libero mercato, la contrattazione tra aziende sanitarie ed ogni singolo specialista e questo renderebbe più debole la posizione del professionista rispetto alla parte pubblica. Ed è per questo che il SUMAI esiste ed grazie al suo lavoro è il sindacato maggiormente rappresentativo della categoria e direi l'unico a rappresentarla davvero. Senza il SUMAI non ci sarebbe la specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Nel 2017 inoltre viene riorganizzata la struttura dell'ufficio stampa con la nomina del nuovo responsabile, Stefano Simoni, inaugurando così un nuovo corso della comunicazione istituzionale sia esterna che interna del nostro Sindacato.

Sempre nel 2017 vengono nell'anno avviate le procedure per rappresentare come SUMAI Assoprof i medici specialisti convenzionati e i medici fiscali operanti nell'INPS con lo scopo di dare finalmente a loro un contratto di lavoro che preveda le stesse tutele presenti anche nel nostro ACN.

Anche sul fronte della Formazione è stato un anno importante. Vengono infatti attivati il **Corso di Alta Formazione Universitaria di II° livello "Pratiche di Management per la Community Care** per i Medici Specialisti e altre figure del sistema sanitario" presso l'Università Ca' Foscari di Venezia e riproposto per la terza volta l'edizione del **Corso di Alta Formazione Universitaria di I° livello "La Medicina specialistica verso la community care"** presso le sedi dell'Università Alma Mater di Bologna e Università Cattolica del Sacro Cuore - ALTEMS di Roma ed eventi e corsi organizzati dal SUMAI con il consorzio di 5 primarie Università Italiane appunto Ca' Foscari - Venezia, Cattolica del Sacro Cuore - Roma, Alma Mater - Bologna, Aldo Moro - Bari e Magna Grecia - Catanzaro.

Sempre nel 2017 viene **attivato "l'Ufficio Legale del SUMAI Nazionale"** in collaborazione con Area Sanità che con l'Avv. Guido Locasciulli che coordina l'intera attività dei contenziosi legali in tutta Italia e l'assistenza legale per tutti gli iscritti e per conto del SUMAI Assoprof.

Altra importante novità del 2017 è la nostra **adesione alla CIDA** (Confederazione Italiana Dirigenti ed Alte Professionalità). Attraverso quest'operazione il SUMAI ha voluto offrire alla Categoria un nuovo protagonismo sociale partendo dal presupposto che insieme alle componenti della Confederazione si possa rappresentare una quota rilevante di quel capitale umano portatore di conoscenze senza il quale diventa vano parlare di innovazione, competitività, efficienza.

Abbiamo anche definito, con "Praesidium" del mondo CIDA, una serie di polizze dedicate esclusivamente agli iscritti del SUMAI Assoprof e ai loro familiari con premi e caratteristiche contrattuali che non hanno concorrenti sul mercato.

ANNO 2018

Il 29 marzo 2018 viene firmato il nuovo ACN della Specialistica Ambulatoriale e dopo poco meno di 3 mesi, questo viene ratificato dalla Conferenza Stato Regioni, il 21 giugno 2018, e successivamente viene pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 7 agosto 2018.

Si è così parzialmente concluso un lavoro iniziato nel 2016 quando, prima degli altri, avevamo già chiuso la parte normativa. Questo ACN definisce ancor meglio

nell'articolato il ruolo della specialistica in modo che le sue peculiarità escano rafforzate nell'ambito della sanità territoriale.

Grazie a questo accordo abbiamo ricevuto gli arretrati corrispondenti contrattualmente alla vacanza per gli anni 2010-2015 e per i successivi 2016 e 2017, con gli incrementi previsti.

Nell'articolato viene 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'Accordo

Abbiamo, nell'ACN ribadito 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 dà alle Regioni lo strumento, per poter 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.

Contestualmente **si apre il tavolo negoziale con la SISAC per il nuovo ACN 2016-2018**. A maggio abbiamo la storica **sentenza del TAR del Lazio sulla vicenda "Tempari"** che bocchia le visite a cronometro e grazie al SUMAI, unico sindacato che si è opposto, riconosce in pieno le nostre ragioni e la correttezza di quanto previsto nell'ACN a salvaguardia della qualità dell'opera professionale e della tutela della salute del cittadino.

Sempre a maggio viene anche **siglato il nuovo ACN con l'INAIL**. Un articolato importante, che arriva dopo anni e che per questo aveva la necessità di essere aggiornato al fine di evitare alcune criticità legate alla 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.

Il 31 luglio, dopo un lungo periodo di sospensione viene **riaperto il tavolo negoziale per il rinnovo dell'ACN per il personale navigante** che si era precedentemente interrotto per il cambio del Direttore Generale.

Viene convocato il tavolo negoziale per la scrittura dell'ACN dei medici INPS per il polo fiscale propedeutico anche per il successivo ACN per gli specialisti esterni dell'INPS a livello nazionale.

Viene predisposto il testo concordato con l'INPS ma si ritarda la conclusione della trattativa, ironia della sorte, proprio sul nodo previdenza, in quanto l'INPS non vuole versare i contributi all'ENPAM, ai sensi della normativa vigente, come del resto viene fatto già fatto dalle AA.SS.LL., dall'INAIL e dal Ministero della Salute per il SASN.

Per quanto riguarda la formazione nei mesi di febbraio e 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.

Anche nel 2018 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.

Abbiamo potenziato il **Servizio Legale Unico Centralizzato** di Area Sanità per tutte le necessità di assistenza e intervento legale per le varie segreterie provinciali, regionali e nazionale e per i singoli iscritti. A questo proposito vorrei ricordare il grande successo di Area Sanità con il nostro ricorso al TAR vinto contro la regione Lazio per la questione Tempari e valido in tutto il territorio nazionale.

Abbiamo anche stipulato un contratto di **collaborazione con l’Agenzia Westminster**, specializzata nella informazione parlamentare, nella consulenza e nel monitoraggio istituzionale statale, regionale ed europeo.

Abbiamo istituito innumerevoli servizi per gli iscritti al SUMAI come la **formazione ECM gratuita in presenza e tramite FAD** grazie alla convenzione con SIFoP e “*La Rivista Medica Italiana*”, una convenzione per la **polizza assicurativa “RC Colpa Grave”** resa obbligatoria ai sensi della legge 24/2017, con i requisiti previsti dalla stessa legge e stipulata con una primaria compagnia assicuratrice che garantisce massima copertura possibile con tariffe riservate e concorrenziali e che si potranno ulteriormente ridurre aumentando l’attuale numero di adesioni; 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 al 45%; l’**adesione al Fondo Sanitario ASSIDAI** anche questa riservata esclusivamente agli iscritti al SUMAI Assoprof con un piano sanitario base per nucleo familiare unico nel suo genere per coperture e costi; l’adesione a **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 familiari: Si aderisce direttamente al sito di SaluteMia; 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; 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.

ANNO 2019

Il 25 giugno viene siglato l’ACN della Specialistica ambulatoriale per gli anni 2016-2018 dopo una estenuante trattativa che ci ha costretti a chiedere il tavolo separato per poter giungere in tempi brevi alla conclusione e alla firma definitiva.

Un accordo importante con diversi punti d’interesse, che vi invito a rileggere, ma anche con un punto critico: il nodo odontoiatria.

In sostanza la componente odontoiatrica universitaria, che ha spinto la parte pubblica, ha chiesto l’applicazione per i convenzionati della legge 189/2012 (convertita in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158). Legge che per la specialistica ambulatoriale convenzionata interna prevede all’articolo 1 comma

h-ter: “disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente alla branca d'interesse” e per la dipendenza il D.P.R. n. 483 del 10.12.1997 “Concorso, per titoli ed esami, per il primo livello dirigenziale odontoiatra - Requisiti specifici di ammissione”

Durante le trattative il SUMAI ha fortemente contrastato la posizione presa dalla parte pubblica, anche sotto pressione ministeriale, in quanto di fatto penalizzante per chi è già in graduatoria e per chi negli anni ha acquisito un punteggio per accedere ad un incarico a tempo indeterminato, ai sensi del nuovo articolo 21 ex articolo 19, ma anche perché l'applicazione della norma, ignorata negli 8 anni precedenti a partire dall'ACN del 2015, in quanto già allora la legge sarebbe stata vigente, metterebbe in seria difficoltà l'erogazione dell'odontoiatria pubblica a diretta gestione per l'incompletezza delle specializzazioni esistenti e quindi per la mancanza di un numero sufficiente di medici e odontoiatri specializzati.

Il SUMAI, subito dopo la sigla dell'ACN, ha immediatamente chiesto all'allora Ministro della Salute, Giulia Grillo, a margine della Maratona sul Patto della Salute, un intervento legislativo urgente per superare la normativa esistente in quanto di fatto avrebbe bloccato l'accesso degli odontoiatri ai concorsi pubblici, alle graduatorie ed agli incarichi della specialistica ambulatoriale.

A tutela di chi già opera con contratti a tempo indeterminato all'interno dell'ACN, su espressa richiesta del SUMAI, è stata prevista una norma di salvaguardia che salva la possibilità di partecipazione agli aumenti di incarico per i già titolari ai sensi della norma finale n. 6 prevedendo anche che l'entrata in vigore di tale “blocco” venga applicata a partire dalla graduatoria predisposta in base alle domande presentate successivamente all'entrata in vigore del nuovo Accordo (graduatorie a partire dal 1 gennaio 2022) ai sensi della norma transitoria n. 2.

Nella dichiarazione a verbale n. 3 le parti hanno anche concordato l'impegno di riaprire il tavolo negoziale nel caso intervengano eventuali modifiche normative inerenti ai titoli professionali per l'iscrizione in graduatoria ai sensi della legge 8 novembre 2012 n. 189.

ANNO 2020

Con il **contratto firmato ma non ancora ratificato** e quindi operativo e con il cambio di Governo da Giallo-Verde a Giallo-Rosso arriva inaspettatamente, come un “fulmine a ciel sereno”, la **Pandemia Sars-Cov-2**.

Il momento più drammatico per il Paese dopo la II guerra mondiale. I medici vengono chiamati a compiere uno sforzo enorme nel tentativo di salvare più vite umane possibili. E i medici e gli infermieri, nonostante siano di fronte ad virus sconosciuto, nonostante siano privi di DPI, senza nessun protocollo, sostanzialmente a “mani nude” rispondono presente e fanno quello per cui hanno studiato: mettono la vita del malato al centro del loro operato. Anche se questo significa per 360 nostri colleghi perdere le vite e per migliaia di altri ammalarsi di COVID. I medici caduti per fare il loro dovere hanno pagato un prezzo altissimo. Erano medici ospedalieri, convenzionati, specialisti e non specialisti, libero professionisti e pensionati che hanno voluto dare il loro contributo professionale a dimostrazione che il Covid è stato affrontato in ospedale come sul territorio ed ognuno ha fatto la sua parte senza chiedere nulla in cambio.

Mai come in questo periodo, specialmente durante il *lockdown* il sindacato è stato accanto ai propri iscritti, operando tra le enormi difficoltà del momento, garan-

done i diritti e aiutandoli a poter continuare ad espletare la loro attività in sicurezza sia con interventi diretti sulle amministrazioni delle aziende sanitarie sia a livello regionale e nazionale.

Proprio **durante il lockdown**, ma anche prima, il SUMAI, e ribadisco solo **il SUMAI, ha seguito l'iter dell'ACN 2016-2018 sino alla ratifica definitiva** da parte della Conferenza Stato Regioni avvenuta in piena pandemia, **il 31 marzo 2020**.

Qui è doveroso fare un inciso per ricordare l'inefficienza del sistema burocratico-amministrativo di questo Paese e la necessità di un sindacato che nel sollecitare e vigilare costantemente l'iter ha dimostrato di avere realmente a cuore i propri iscritti.

Il 3 luglio 2019 la SISAC scrive alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e per conoscenza al Ministero dell'Economia e delle Finanze di aver siglato l'ACN della specialistica corredando la missiva con la relazione tecnica e chiedendo di acquisire il prescritto parere del Comitato di Settore e del governo anche sulla compatibilità finanziaria raggiunta tra le parti.

Il 9 luglio arriva il parere positivo del Comitato di Settore della Conferenza Stato Regioni.

Il 5 agosto 2019 il Ragioniere dello Stato scrive al Gabinetto del Ministro delle dell'Economia e delle Finanze e al suo Ufficio legislativo dando parere favorevole.

Poi nulla più.

A Gardone Riviera, il 15 ottobre, durante il nostro 52° Congresso Nazionale l'allora Coordinatore della SISAC Antonio Maritati dichiara di attendere da luglio la risposta circostanza forse dovuta al cambio di governo che ha allungato un iter che normalmente non supera i 20 giorni lavorativi, aspettandosi già ai primi di agosto la risposta del Governo anche per proseguire l'iter con la Corte dei Conti.

Magicamente il 18 ottobre l'ufficio legislativo del Ministero delle Economia e delle Finanze scrive alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento affari giuridici dando parere favorevole.

Poi più nulla.

Il 25 novembre il Coordinatore della SISAC scrive al Segretario generale della Presidenza del Consiglio dei Ministri chiedendo lumi visto che dal 18 ottobre la presidenza del Consiglio ha la risposta positiva del MEF.

Il 16 dicembre il Capo del Dipartimento Legislativo della Presidenza del Consiglio dei Ministri scrive al Segretario Generale della Presidenza del Consiglio dei Ministri trasmettendo il parere positivo del MEF.

Il 17 dicembre finalmente arriva l'Ok del governo e nella stessa data la SISAC trasmette il tutto alla Corte dei Conti.

Il 14 gennaio la Corte dei Conti dà il suo parere favorevole con alcune importanti raccomandazioni che saranno accolte successivamente con un ulteriore ACN.

Il 12 marzo il Presidente della Conferenza Stato Regioni Stefano Bonaccini scrive al Ministro per gli affari Regionali e le autonomie Francesco Boccia per inserire la ratifica dell'ACN nell'ordine del giorno della Conferenza Stato Regioni.

Il 19 marzo il Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie scrive al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia per avere il parere al fine di concludere l'iter.

Sempre il 19 marzo viene rimandata al 26 marzo la seduta della Conferenza Stato-Regioni che si doveva svolgere il 20 marzo senza che all'ordine del giorno ci sia la ratifica dell'ACN.

Il 23 marzo il Ministero della Salute chiede di inserire la ratifica dell'Accordo all'or-

dine del giorno della prima seduta utile della Conferenza Stato Regioni.

La seduta della Conferenza Stato regioni convocata per il 26 marzo viene posticipata ulteriormente al 31 marzo ma con inserita al punto 11 dell'ordine del giorno la ratifica dell'ACN.

Il 31 marzo la Conferenza Stato Regioni ratifica l'ACN della specialistica ambulatoriale.

Il 31 marzo, nel tardo pomeriggio SUMAI e SISAC, annunciano dopo 9 mesi di gravidanza e con una gestazione caratterizzata da numerose complicazioni, la nascita dell'ACN 2016-2018 concepito il 25 giugno dell'anno prima.

Nel mese di maggio ci sono stati gli adeguamenti economici e il pagamento dei primi arretrati.

Ma torniamo agli eventi del 2020, l'ACN appena nato ha bisogno di piccole cure, in primis, l'aggiunta di 10 milioni di € di arretrati, nella parte economica che vista l'impossibilità di aprire un tavolo negoziale, solo il SUMAI ha negoziato direttamente con il governo concordando e facendo approvare nella Legge 40 del 6 giugno 2020 nell'art. 38 comma 6 l'immediato adeguamento del trattamento economico spettante che è stato corrisposto nel luglio 2020.

Sempre nel 2020 il Ministero della Salute emana la circolare prot. 0007865 del 25 marzo 2020 dove anche la specialistica ambulatoriale può far parte dell'équipe USCA insieme ai MMG, PLS e MCA.

Sempre a marzo, il SUMAI interviene nella stesura dell'art. 5 del decreto legge n.14 del 9 marzo 2020 (assorbito dal decreto legge n.18 del 17 marzo 2020 come art. 2-sexies) che consente alle aziende sanitarie locali e agli enti del SSN di incrementare, con ore aggiuntive, il monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata interna. L'incremento del monte ore della specialistica avviene nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente, nel limite di spesa di 6 milioni di euro, a valere sul Fondo sanitario nazionale.

Maggio 2020 il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, in Parlamento annuncia il DL Rilancio con l'investimento di 6 milioni di euro per l'incremento di ore per la specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Sempre a maggio il SUMAI presenta alle Regioni la Piattaforma di Telemedicina utile per poter controllare e continuare a seguire i pazienti che con gli ambulatori chiusi hanno necessità di assistenza. La Regione Veneto approva ed usa la piattaforma gratuita proposta dal SUMAI, la Lombardia si dichiara interessata, altre Regioni nicchiano.

Ad agosto esce il c.d. "decreto agosto" DL 104/2020 poi convertito nella legge 126/2020 che dispone l'incremento, per il 2020, finalizzato a sostenere gli oneri per il ricorso in maniera flessibile da parte di regioni e province autonome a strumenti straordinari riguardanti prestazioni aggiuntive in ambito sanitario che include la specialistica convenzionata interna (per 10 milioni di euro).

ANNO 2021

Appena è stato possibile per le norme anti-covid, su stimolo del SUMAI, la SISAC ha convocato il tavolo della Specialistica Ambulatoriale per i necessari correttivi all'ACN 2016-2018 chiesti dalla Corte dei Conti e per correggere alcuni refusi nel testo oltre che per risolvere il problema dell'odontoiatria.

A marzo è stato siglato il protocollo d'intesa tra Ministero, Regioni e Specialisti ambulatoriali per l'esecuzione delle vaccinazioni anti-covid.

Il 20 maggio 2021 la Conferenza Stato Regioni ha ratificato l'ACN 2016-2018 con le correzioni e modifiche necessarie risolvendo anche il problema dell'odontoiatria permettendone così nuovamente l'accesso anche ai non specialisti.

Il SUMAI ha infine partecipato alla stesura del decreto legge n. 73 del 2021 (cd *Sostegno bis*) che prevede il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di *screening* con specifiche risorse aggiuntive ed aggiunge ulteriori 10 milioni di euro destinati all'aumento di ore per la specialistica ambulatoriale convenzionata.

A luglio come detto è ripartita l'iniziativa politica di APM, nel frattempo la Segreteria Nazionale del SUMAI sta lavorando per il nuovo ACN 2019-2021 e per formulare un atto di indirizzo che tenga conto dell'esperienza della pandemia e che sia in linea con il PNRR così da potenziare la sanità territoriale affinché la nostra categoria torni ad essere nuovamente protagonista nei cambia...menti per una assistenza specialistica di prossimità, per la presa in carico dei pazienti con cronicità fatta in équipe con le altre figure mediche, sanitarie e delle professioni.

CAMBIA...MENTI SUMAI LE CONCLUSIONI

VENIAMO DUNQUE ALL'OGGI E AL FUTURO CHE CI ASPETTA. La Pandemia ha prepotentemente evidenziato tutte le criticità che il SUMAI ha spesso denunciato rimanendo purtroppo inascoltato.

Ora non serve più guardare a ciò che non è stato fatto in precedenza ma, coscienti di questo, dobbiamo partire dall'attuale situazione per rilanciare la sanità e il SSN.

Oggi, dunque partiamo da una sanità diseguale, con 21 servizi sanitari differenti, spesso auto-referenziati, a loro detta ognuno più performante dell'altro, ognuno primo ad aver fatto qualcosa. Partiamo da una sanità divisa in silos, territorio ed ospedale. Partiamo da un accesso alle cure ridotto, partiamo da liste d'attesa già lunghe rese infinite dal Covid e che colpiscono i soggetti più fragili. Partiamo da una insufficiente offerta di posti letto e servizi ospedalieri, partiamo da una riduzione di specialistica ambulatoriale nei servizi territoriali pubblici, quelli rimasti ancora aperti. Partiamo da cure, assistenza e prevenzione sempre meno sotto l'ombrello dello Stato. Partiamo da una spesa sanitaria sinora inferiore del 32,5% rispetto all'Europa occidentale; partiamo dall'assenza di una vera politica sul personale medico che è il vero punto di forza del SSN.

Prima dell'avvento della pandemia e durante la pandemia il personale medico, sia esso dipendente o convenzionato, ha sempre dato il suo contributo anche se mal retribuito rispetto ai colleghi europei. Con poche risorse, oppresso dalla burocrazia, vessato da denunce per risarcimento danni, vittima di violenze psicologiche e fisiche (in alcuni casi fino alla morte), mal retribuito, il medico italiano è stato duramente messo alla prova. Molti medici s'interrogano, quasi quotidianamente, se continuare l'esercizio della professione nel pubblico.

Questo Paese si deve mettere in testa che sono i medici la primaria risorsa per la rinascita del Servizio Sanitario Nazionale (per inciso: la migliore riforma fatta negli ultimi 43 anni dalla politica italiana), un Sistema di cura che noi medici vogliamo per tutti, gratuito e universalistico.

Se siamo riusciti ad affrontare la pandemia e la conseguente emergenza sanitaria di proporzioni bibliche è merito del Servizio Sanitario Nazionale, dei suoi medici e

degli operatori sanitari. Pensiamo solo un momento se non ci fosse stato. Chi avrebbe pagato le cure? Chi avrebbe pagato le giornate di ricovero? Chi avrebbe pagato le giornate in terapia intensiva?

Ora, partendo da qui, come SUMAI abbiamo il dovere di essere protagonisti nei cambiamenti che ci saranno, pronti ad affrontare il futuro che ci aspetta partendo dalla ultra cinquantennale conoscenza del territorio con la forza delle nostre idee, delle nostre capacità e conoscenze professionali e dall'amore per la professione di specialisti vicini a dove vivono e lavorano le persone sia nelle strutture sanitarie territoriali che a domicilio dei Pazienti.

Il COVID 19, ha ulteriormente allungato le già lunghe liste d'attesa, risultato di una precedente politica sanitaria "poco preveggente" caratterizzata unicamente da una visione della sanità ospedale-centrica che non ha considerato anche l'importanza della sanità pubblica del territorio. La pandemia con il suo carico di morte e dolore ha solo evidenziato nei fatti il grave errore perpetrato in questi anni: il rinvio sine die di una vera riforma del territorio.

Speriamo che coloro i quali oggi hanno responsabilità nel governo della sanità a tutti i livelli prendano finalmente atto della necessità, di dover potenziare il territorio, sperando però che anche questa volta non siano solo parole.

Per il SUMAI diventa prioritario affrontare e risolvere l'inqualificabile attività discriminatoria e priva di fondamento, di chi distingue gli specialisti di serie A (dipendenti) da quelli di serie B (convenzionati). Classificazione a dir poco ridicola come se tutti gli specialisti non fossero usciti dalle stesse Università e dagli stessi corsi di specializzazione.

Questo modo di pensare ottuso, portato avanti da burocrati "minori", ha condotto il territorio ad una lenta e progressiva "desertificazione" di medici, principalmente specialisti ambulatoriali convenzionati interni che oggi invece sarebbero molto utili anche in previsione del piano di rilancio della sanità territoriale declinato nel PNRR.

Oggi, grazie al "lavoro discriminatorio" di questi – ripeto – burocrati "minori" la sanità è fortemente carente di queste professionalità. Ne è stato ostacolato il naturale turnover, fenomeno reso ancora più grave, se consideriamo l'attuale gobba pensionistica. Un vero disastro.

Non si può dunque rimandare oltre. Bisogna necessariamente recuperare il tempo perduto ed invertire la rotta incentivando l'arruolamento degli specialisti sbloccando immediatamente il loro turn over, tanto sul territorio con l'aumento di ore destinate alla specialistica convenzionata interna, che mediante concorsi in ospedale per la dirigenza medica, rimpiazzando chi è andato in quiescenza o sta per andarci. Non si può più aspettare.

Il COVID ha messo anche in evidenza il parziale fallimento della riforma del titolo V della Costituzione, creando un regionalismo differenziato che in gran parte delle Regioni si è basato soprattutto su tagli lineari, sia sul personale dipendente che convenzionato, e che ha inciso inevitabilmente sulla sostenibilità e l'equità dei servizi offerti e quindi sull'assistenza sanitaria pubblica molto spesso penalizzata a favore di quella privata.

Ancora oggi, e lo dimostra lo stesso PNRR, vi è la completa assenza di risorse finanziarie dedicate al personale medico mentre sono previste ingenti somme che andranno a finire in "appalti" esterni di servizi sanitari; sul "mattone" per costruire Case della comunità; ma soprattutto per la "tecnologia" (telemedicina e applicazioni AI).

I dati sono impietosi. Dal 2010 ad oggi tra assunzioni e pensioni vi è stata una ri-

duzione del 2,62% del numero di medici ospedalieri a tempo indeterminato, una riduzione del 6,84% del numero dei medici di medicina generale, una riduzione del 16,38% del numero dei medici specialisti ambulatoriali a tempo indeterminato (anche se parzialmente compensato da un aumento orario settimanale medio che è passato da 19 a 23 ore settimanali), una riduzione del 2,27% del numero dei pediatri di libera scelta.

Come SUMAI chiediamo al Governo di aumentare nei prossimi anni, e in modo duraturo, il numero di borse di specializzazione grazie ai fondi del PNRR valutando però il reale fabbisogno specifico soprattutto per le branche maggiormente carenti.

Bisognerà garantire a tutti i medici, sia quelli attuali che a quelli futuri, di poter completare il loro ciclo formativo, far sparire una volta per tutte l'imbuto formativo e far sì che ad ogni laurea corrisponda una borsa specialistica o di formazione specifica in medicina generale.

Il SUMAI chiede di rendere maggiormente attrattivo il Servizio Sanitario Nazionale, in linea con gli altri paesi europei, valorizzando i nostri medici specialisti e non evitando di formarli a nostre spese e poi consegnarli sopra un piatto d'argento ai paesi esteri che oggi garantiscono loro migliori retribuzioni e la certezza di un futuro professionale e di vita.

Basta precariato o contratti a tempo determinato o manifestazioni di interesse per professionisti con partita IVA, senza tutele. Dobbiamo avere, nel SSN, solo contratti a tempo indeterminato sia nella dipendenza che nella convenzionata altrimenti i giovani medici andranno via o lavoreranno nel privato.

Mancano gli specialisti, lo diciamo da tempo ma chi deve agire sta fermo a guardare, facendo poco o nulla.

La strada da seguire per non trovarci in difficoltà e che permetterebbe un rapido risultato, come sempre è quella più semplice e più ovvia: consentire da subito, ad esempio, agli specialisti ambulatoriali convenzionati interni già in servizio sul territorio (oggi con una media oraria di 23 ore settimanali) che ne facciano richiesta di arrivare al massimale orario previsto contrattualmente (38 ore settimanali). Oltre a questo è necessario conferire nuovi incarichi a tempo indeterminato finalizzati al territorio nelle strutture sanitarie e a domicilio dei Pazienti ai colleghi che attendono in graduatoria. Solo così sarà possibile garantire la copertura dei servizi previsti dal PNRR ed evitare che scelgano strade diverse dal SSN.

Senza cercare altrove, infatti, possiamo aumentare l'attuale offerta specialistica convenzionata interna. Aumentando l'attuale monte ore con ulteriori 202.951 ore settimanali si otterrebbe un risultato paragonabile ad una nuova assunzione "virtuale" di altri 5.341 nuovi specialisti a 38 ore settimanali partendo dagli specialisti che abbiamo già e che lavorano nel SSN e che attendono in graduatoria evitando soluzioni alternative che non garantiscano la necessaria esperienza e il titolo di specializzazione.

Basta con le soluzioni fantasiose e creative come il rientro dei pensionati, l'utilizzo dei medici militari, all'assunzione di non specialisti, basta con incarichi libero-professionali a partita IVA e senza tutele.

Facciamo presto, ogni anno vanno via circa 1.500 medici italiani per crearsi un futuro all'estero.

Come recita il titolo di questo nostro 53° Congresso nazionale, il SUMAI, lo dice la sua storia, non può che essere protagonista nei cambiamenti, ed è per questo che rilanciamo la nostra proposta di una nuova sanità pubblica con un diverso modello organizzativo.

Basta silos, è necessaria una sanità che venga considerata un tutt'uno, certamente composta da diverse specificità professionali. Il territorio e l'ospedale non possono essere considerati separati, insieme... sono la Sanità.

Il territorio e l'ospedale, entrambi performanti, sono l'equilibrio necessario, la debolezza di uno mette in crisi l'altro, lo abbiamo visto durante la Pandemia, devono collaborare tra loro, con le risorse necessarie, ognuno con le proprie specificità, senza sovrapposizioni, l'ospedale deve fare l'ospedale e il territorio deve fare il territorio. Entrambi devono operare in simbiosi, organizzati ciascuno come un'équipe di professionisti. Il territorio per una sanità di prossimità e di presa in carico dei malati, sia acuti che cronici che non necessitino di ricovero e di quelli dimessi dagli ospedali per evitarne nuovamente il ricovero; gli ospedali per una sanità d'eccellenza, votata ai pazienti acuti e cronici e che necessitano di ricovero.

Sinora si è sempre sentito parlare di qualcuno al centro del sistema: il paziente al centro; il medico al centro; l'infermiere al centro. Tutti al centro. Ma al centro di cosa se non abbiamo pensato ad un nuovo modello organizzativo territoriale da abbinare all'ospedale?

Noi diciamo “nessuno al centro e tutti al centro”, compreso il paziente ma in un modello di sanità territoriale organizzata come una unica équipe con il governo clinico ovviamente in capo ai medici.

Dobbiamo avere il coraggio di affrontare i Cambia...Menti (vale in questo caso anche il doppio senso), avere il coraggio di cambiare perché i modelli finora portati avanti dagli “innominabili”, del “qualcuno al centro”, si sono dimostrati ampiamente fallimentari.

Nei Cambia...Menti, i sindacati devono fare la loro parte, evitando sterili contrapposizioni ideologiche, partendo dal fronte interno e trovando compattezza sul fronte esterno.

Anche la parte pubblica deve dar prova di voler cambiare e deve darne dimostrazione sostituendo chi ha fallito con funzionari competenti disposti a rispettare le regole e gli accordi. Non come accade adesso dove abbiamo 21 Regioni con 21 Assessori, 21 Direttori Generali Regionali, 2.800 funzionari regionali, 101 Direttori Generali, 101 Direttori Sanitari Aziendali, 101 Direttori Amministrativi Aziendali, 515 Direttori Sanitario Ospedalieri, 515 Direttori Amministrativi Ospedalieri, 555 Direttori di distretto, 2.566 Direttori sanitari di strutture ambulatoriali extra-ospedaliere, 922 Direttori sanitari di strutture ambulatoriali ospedaliere; 2.032 Direttori amministrativi, 15.318 Collaboratori amministrativi, 24.028 assistenti amministrativi, 19.288 Collaboratori amministrativi che hanno idee diverse e contrapposte di organizzazione e di interpretazione delle norme contrattuali e che sempre più spesso, non rispettano.

Perché le cose funzionino, la base necessaria è il rispetto degli accordi siglati, che le parti li rispettino altrimenti si crea diffidenza reciproca e non si va più avanti. La fiducia si conquista con i fatti ma soprattutto con i comportamenti. Ci vuole da parte di tutti il rispetto delle regole, più concertazione, condivisione e meno contenziosi.

Dobbiamo avere il coraggio di semplificare il più possibile il lavoro, limitando la burocrazia che amplifica la confusione, riducendo la medicina amministrata che non aiuta l'organizzazione e l'attività professionale di noi medici a favore dei pazienti.

Il PNRR prevede la presenza degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni all'interno delle équipes delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità risultato di un lavoro serio fatto dal SUMAI che ha dimostrato, rappresentando la categoria in modo competente, di essere interlocutore serio ed affidabile senza mai snaturarsi e perdere le sue prerogative sindacali di rappresentanza delle istanze e di

tutela dei propri iscritti ma pronto anche a fare proposte concrete. Lo dicono i fatti.

Ora bisogna assolutamente far prevedere le risorse finanziarie necessaria da destinare per l'incremento delle ore di specialistica ambulatoriale, per dare nuovi incarichi ai colleghi in graduatoria per contenere la gobba pensionistica e per una retribuzione in linea con l'Europa in vista dei prossimi rinnovi contrattuali 2019-2021 che in questo paese vengono generalmente siglati quando sono già scaduti.

Sarebbe meglio infatti avere qualche struttura in meno ma funzionante con un organico al completo invece di molte strutture mal funzionanti, con scarso organico o addirittura parzialmente “vuote” come abbiamo già visto in passato.

Questa secondo noi è la strada da seguire, il SUMAI ne è cosciente e metterà tutto il suo impegno per vivere questi cambia...menti con proposte e condivisione senza mai più subire decisioni già prese senza un preventivo confronto con la categoria come è avvenuto spesso nel passato.

La prova provata è che ogni cambiamento che abbiamo vissuto, dalla 502 in poi, è stato fatto facendo finta di voler salvare il SSN mentre in realtà c'è chi ha fatto di tutto per affossarlo portando avanti altri interessi sino a quando non è scoppiata la pandemia ed allora abbiamo scoperto che non c'era un piano pandemico aggiornato, che non c'erano dispositivi di protezione individuale, che non c'erano posti letto a sufficienza, che non c'erano terapie intensive a sufficienza, che non c'erano medici a sufficienza e abbiamo contato migliaia di morti tra i contagiati per scoprire che le poche risorse economiche che avevamo a disposizione erano finite altrove e ora non ci resta altro che leccare le ferite.

In 43 anni da un Sistema Sanitario “Universalistico” stiamo rischiando di arrivare ad un Sistema Sanitario “Sostitutivo”.

Senza medici non ci può essere un servizio sanitario e questa è una certezza. Senza medici si svuotano anche le prerogative delle altre professioni sanitarie.

Senza piloti è inutile il personale di terra, i meccanici, gli addetti ai bagagli, gli assistenti di volo ma anche i “controllori di volo”; senza pilota gli aerei non volano.

Senza medici nel SSN non c'è equità e diritto alla salute per i cittadini, senza medici non si può applicare l'articolo 32 della Costituzione. Ma soprattutto senza medici si pongono le basi per la distruzione della democrazia.

Abbiamo molto apprezzato le dichiarazioni, nelle settimane scorse del Ministro della Salute, Roberto Speranza, il quale ha affermato che “Il treno del PNRR non ripasserà più. Ognuno abbassi le proprie bandierine e si lavori insieme a una grande riforma a partire dal territorio e dal personale”.

Con il COVID sono cambiate le priorità. Ci dovrà essere una maggiore consapevolezza nel Paese e chi ha responsabilità di governo, a qualunque livello nazionale, regionale, aziendale deve investire sulla sanità, abbandonare la stagione dei tagli e fare un grande salto culturale che consiste nel capire come dice il nostro Ministro “che ogni euro che si mette sulla salute non è semplice spesa pubblica ma è il più grande investimento sulla qualità della vita delle persone e che abbiamo bisogno di fare un grande Patto-Paese”.

Sarà quindi fondamentale scrivere delle riforme adeguate per non sprecare le risorse ma bisognerà tornare ad investire sul personale sanitario, falciato dai tagli dell'ultimo decennio, sia questo dipendente che convenzionato, senza sciocchi pregiudizi.

Il Ministro Speranza ha inoltre detto che “Il personale è una chiave fondamentale. Bisogna continuare a investire e a mettere risorse. Buona parte del PNRR sarà dedicato al personale sanitario e aumenteremo il fondo sanitario nazionale in maniera

tale che le assunzioni non siano garantite fino al 2026 ma a tempo indeterminato. Qui si gioca la partita strategica del nostro futuro”.

A queste parole aggiungo che nel personale sanitario la figura del medico è strategica e fondamentale e quindi dobbiamo prevedere risorse anche per i medici. Senza medici non ci può essere sanità. Un medico non si compra su internet, ma se non si può comprare non si può nemmeno regalare ad altri, noi lo formiamo e noi lo specializziamo diamogli anche un futuro certo e soddisfacente nel SSN.

Lasciatemi concludere questa mia relazione parafrasando un giornalista, un politico, ma soprattutto un grande liberale, Enzo Tortora il quale una volta disse: “sono liberale perché ho studiato ma radicale perché ho capito”. Ecco concludo ricordando a tutti noi che siamo medici, odontoiatri, veterinari, psicologi, biologi e chimici perché abbiamo studiato ...ma siamo sumaisti perché ... abbiamo capito.

Grazie a tutti.

W il Sumai



53° Congresso Nazionale

Roma, Sheraton
Parco de' Medici Hotel
10 - 15 ottobre 2021