

52° Congresso Nazionale

Gardone Riviera
Grand Hotel
13 – 17 ottobre 2019

Specialistica Ambulatoriale e **Universalismo Differenziato**



Relazione
del Segretario
Generale
Antonio Magi

INDICE

7	INTRODUZIONE
9	LA SITUAZIONE ATTUALE
10	LA CARENZA DI MEDICI SPECIALISTI DEL SSN
21	MANCANO DAVVERO MEDICI SPECIALISTI IN ITALIA?
29	LA MEDICINA DIFENSIVA E LE AGGRESSIONI AI MEDICI
31	LE LISTE D'ATTESA
34	LE DISEGUAGLIANZE REGIONALI
39	LA MOBILITÀ SANITARIA
47	LA SFIDA DELLA CRONICITÀ
53	LA CHIUSURA DI TRE ACN
57	OBIETTIVO RICAMBIO GENERAZIONALE
59	CONCLUSIONI

Specialistica Ambulatoriale e

Universal

Care colleghe, cari colleghi, autorità presenti e ospiti, benvenuti e grazie di essere qui, anche quest'anno, ai lavori del 52° Congresso Nazionale del SUMAI-Assoprof.

Prima di iniziare, permettetemi di ringraziare in particolare la Segreteria del SUMAI di questa splendida Regione, la Lombardia, che ci ospita e che ci ha consentito di organizzare, tra lago e monti, la nostra assise annuale a Gardone Riviera, in questa meravigliosa cornice naturale.

ismo Differenziato

“Specialistica Ambulatoriale e Universalismo Differenziato”
ecco il titolo che abbiamo voluto dare al nostro Congresso Nazionale.

È nostra intenzione infatti, focalizzare i lavori su un argomento di grande attualità e cioè come coniugare la proposta di un Regionalismo ancora più spinto dell'attuale, cosiddetto differenziato, con i principi universalistici del SSN e il ruolo della specialistica ambulatoriale convenzionata interna in questo contesto.

Tale esercizio, che a prima vista può apparire di difficile applicazione, lo vogliamo discutere ed approfondire con gli esponenti della politica nazionale e regionale, con i manager delle Aziende Sanitarie e con i vari esponenti del mondo sanitario, i rappresentanti delle professioni e dei sindacati cercando, magari, di trovare assieme delle risposte sulla reale fattibilità della proposta volendo verificare e, se possibile, dimostrare e auspicare un'eventuale compatibilità tra questi due concetti.



INTRODUZIONE

IL NOSTRO 52° CONGRESSO NAZIONALE cade dopo l'ennesima crisi politica italiana sfociata con la formazione di un nuovo governo, il Conte bis, e con la nomina di un nuovo Ministro della Salute, Roberto Speranza che si troverà ad affrontare numerose sfide molte delle quali ancora rimaste in sospeso.

Il quadro economico e sociale del Paese, secondo l'ISTAT, è caratterizzato dal persistere d'incertezze sugli sviluppi a breve dell'economia e da problemi strutturali che incidono sul potenziale di crescita e sulle condizioni di sostenibilità di medio e lungo termine.

L'economia italiana, in un contesto internazionale di generalizzato rallentamento, ha segnato nel 2018 una netta decelerazione rispetto all'anno precedente determinando una forte debolezza del potere d'acquisto delle famiglie e una variazione dei loro comportamenti, nella composizione della spesa, con l'intento di conseguire vantaggi in termini di prezzo e di mantenimento del tenore di vita.

La ricchezza netta delle famiglie, dovuta ad una propensione al risparmio degli italiani, ha fortunatamente un rapporto più elevato di quello osservato nei principali paesi europei risultando pari a 8 volte il loro reddito disponibile.

Le risorse destinate al sistema di welfare sono destinate per tre quarti (75,5%) alla spesa delle Amministrazioni pubbliche per prestazioni sociali (prevalentemente pensioni), mentre il restante 24,5% per istruzione e servizi sanitari.

In Italia il SSN è utilizzato dal 69,5% delle famiglie e di queste il 60,4% (circa 15,2 milioni di italiani) ha sostenuto delle spese di cui il 62% con difficoltà contro un 38% che le ha affrontate senza difficoltà.

Le famiglie che hanno avuto maggiori difficoltà sono nel Mezzogiorno (73,2%). Difficoltà relativamente più contenute si sono registrate nelle famiglie con uno o due anziani (rispettivamente 66,7% e 64,9%), presumibilmente grazie alle agevolazioni (esenzioni e altro) per l'accesso a visite e cure mediche previste per questa categoria di popolazione.

Il 9,8% delle famiglie italiane dichiara di avere bisogno di assistenza per la presenza di un componente con problemi di salute di lunga durata e solo il 14,1% la riceve. Le famiglie del Centro Italia sono quelle che trovano più frequente risposta alle loro richieste (18,8%), mentre nel Mezzogiorno si concentra gran parte del bisogno non soddisfatto (35,6%).

Considerando quindi il processo di invecchiamento della popolazione si può prevedere, già da ora, un bisogno crescente di assistenza per gli anziani.

La valutazione della capacità del sistema di fronteggiare queste esigenze rappresenta quindi un passaggio rilevante per l'adozione di politiche efficaci e sostenibili, specie in ambito sanitario e questo è un elemento di discussione nella nostra assise e cioè come coniugare queste esigenze con una sanità sempre più regionalizzata garantendo sempre e comunque l'universalismo e l'equità.

Infatti, dove le famiglie necessitano di servizi per soddisfare i bisogni essenziali, istruzione e salute, sembra emergere un problema di equità: l'accesso è più difficoltoso proprio per le fasce economicamente più deboli, le famiglie residenti nelle regioni meridionali e quelle con tre o più minori o con stranieri.

Nel corso degli ultimi anni, da più parti, è stata sottolineata la necessità di interventi da intraprendere per contrastare i tanti fenomeni esistenti quali il virare dei servizi sanitari sempre più verso l'ambito privato, inclusa l'assistenza ospedaliera; l'insufficienza delle risorse di personale del SSN; la scarsità nel territorio dei medici

di medicina generale, degli specialisti ambulatoriali e degli ospedalieri nei nosocomi; l'esodo di pazienti costretti verso strutture di altre regioni il tutto in un contesto, quello italiano, che vede, come detto, un progressivo e rilevante invecchiamento della popolazione con le intuibili conseguenze sul fronte sanitario (e non solo).

Mi rivolgo al neo Ministro della Salute, ai Governatori Regionali, agli Assessori alla salute e al Welfare Regionali per capire come coniugare le spinte centrifughe tra Regioni del Nord e Regioni del Sud con il de-finanziamento del SSN.

Queste sfide le dovremo affrontare insieme perché, altrimenti, rischiamo di far saltare le attuali scarse compatibilità e i già deboli equilibri. A noi sta a cuore il Servizio Sanitario Nazionale e lo vogliamo mantenere non solo con le parole ma con i fatti.

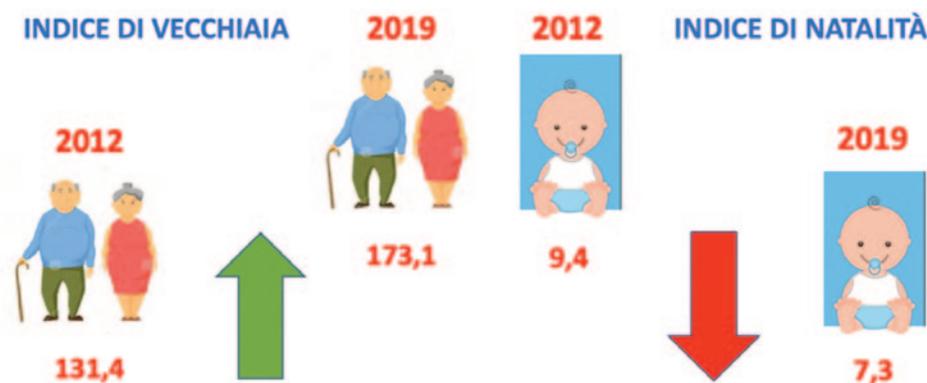
A seguito della modifica del Titolo V della Costituzione, infatti e nonostante le rassicurazioni, i cittadini di alcune Regioni (specie quelle del centro Sud), sono andati incontro all'aumento delle difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Ciò ha incrementato il fenomeno della "mobilità sanitaria dei pazienti" che arricchisce le regioni che "ricevono", impoverendo quelle che vedono partire i propri residenti, privandole delle risorse necessarie a raggiungere gli stessi standard e a equipararsi alle altre.

Sediamoci insieme ad un tavolo e superiamo queste difficoltà. La salute e quindi la sanità è un bene per tutti, ce ne accorgiamo quando la perdiamo, ci vuole maggior solidarietà non solo tra regioni ma tra forze politiche quando si parla nel comune interesse.

LA SITUAZIONE ATTUALE

Le politiche sanitarie Regionali sono inevitabilmente legate alle evidenze nazionali e portano prioritariamente all'analisi dell'attuale quadro demografico caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione aggravato dalla associata diminuzione delle nascite. Questa situazione dovrà quindi essere affrontata trovando le soluzioni adatte allo scenario che si sta preparando.

INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE E DIMINUIZIONE DELLE NASCITE CONFRONTO 2012 - 2019



L'indice di vecchiaia è il grado di invecchiamento di una popolazione e rappresenta il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Nel 2019, in Italia, l'indice di vecchiaia ci dice che ci sono 173,1 anziani ogni 100 giovani contro i 131,4 del 2002.

L'indice di natalità rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti. In Italia nel 2019 l'indice di natalità è di 7,3 e significa anziana contro i 9,4 del 2002 e quindi una grande riduzione delle nascite.

Tenendo presente questi dati demografici, le Regioni dovranno pertanto affrontare importanti sfide in ambito sanitario. In particolare il problema della carenza e anzianità degli specialisti pubblici; delle liste d'attesa e della gestione delle cronicità con la necessità di prendere in carico, sul territorio, le malattie croniche e la non autosufficienza.

E qui si evidenzia l'importanza del ruolo della specialistica ambulatoriale convenzionata interna come parte della soluzione di entrambe le sfide citate in parte compromessa dalla attuale carenza numerica e di ore nelle strutture territoriali di questa categoria di medici specialisti.

LA CARENZA DI MEDICI SPECIALISTI DEL SSN

MEDICI SPECIALISTI DIPENDENTI

Come dicevamo negli ultimi 15 anni la dinamica della spesa sanitaria, a livello nazionale, è stata caratterizzata da un evidente rallentamento della crescita osservata dopo la prima metà degli anni '90. La contrazione della spesa si è accentuata con l'introduzione dei Piani di Rientro attivati per arginare il crescente aumento del deficit delle Regioni. Mentre in Italia scendeva l'andamento della spesa per la sanità, in Europa, secondo il report della Ragioneria dello Stato, lo stesso andamento saliva. La spesa sanitaria rappresenta in media la seconda spesa pubblica (dopo le pensioni) per la maggior parte degli stati europei con una media, per il 2017, del 7% sul Pil. L'Italia nel 2008 aveva una spesa in rapporto al Pil (7%) superiore alla media UE (6,7%), mentre nel 2017 è scesa al 6,8% del Pil contro la media europea che nel frattempo è arrivata al 7%.

Tra le voci di bilancio maggiormente colpite dagli interventi la spesa per personale dipendente e convenzionato del SSN è scesa al 34,8% del totale della spesa sanitaria pubblica.

Tale riduzione si è ottenuta con politiche regionali di forte contrazione del personale, sia dipendente che convenzionato, testimoniato dal *turnover* ridotto per cui in alcune Regioni, le più fortunate, è arrivato al 25%, cioè su 100 pensionati ci sono state mediamente solo 25 nuove assunzioni mentre in altre Regioni su 100 pensionati vi sono state mediamente o nuove assunzioni.

I dati pubblicati dal Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato, mostrano come il tasso di compensazione del *turnover*, sia inferiore a 100, il che significa che sostanzialmente l'organico del SSN ha subito una contrazione.

Tale dinamica ha interessato anche i medici e gli odontoiatri dipendenti del SSN (Tabella 1) il cui numero si è ridotto in modo costante tra il 2013 e il 2016, passando da 108.271 unità nel 2013 a 101.100 unità nel 2017 (-6,6%).

TABELLA 1

Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico dipendente del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2017

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	Δ % (2013-2017)	Δ N° (2013-2017)
Piemonte	8.534	8.441	8.324	8.397	8.446	-1,03	-88
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	349	359	344	328	311	-10,89	-38
Lombardia	14.333	14.211	14.094	14.258	12.952	-9,64	-1.381
Trentino-Alto Adige*	1.910	1.893	1.893	1.985	2.011	5,29	101
Veneto	8.001	7.982	7.973	8.045	7.997	-0,05	-4
Friuli Venezia Giulia	2.651	2.602	2.520	2.545	2.389	-9,88	-262
Liguria	3.749	3.746	3.696	3.658	2.356	-37,16	-1.393
Emilia-Romagna	8.597	8.436	8.212	8.142	8.112	-5,64	-485
Toscana	8.222	8.282	8.167	8.057	8.147	-0,91	-75
Umbria	1.949	1.968	1.943	1.968	1.980	1,59	31
Marche	2.997	2.979	2.958	2.963	2.841	-5,21	-156
Lazio	8.389	8.179	7.890	7.709	7.180	-14,41	-1.209
Abruzzo	2.697	2.741	2.777	2.711	2.690	-0,26	-7
Molise	527	515	473	438	428	-18,79	-99
Campania	9.691	9.484	9.312	9.163	8.869	-8,48	-822
Puglia	6.284	6.377	6.278	6.382	6.454	2,71	170
Basilicata	1.242	1.244	1.225	1.185	1.094	-11,92	-148
Calabria	3.891	3.764	3.736	3.768	3.751	-3,60	-140
Sicilia	9.997	9.759	9.414	9.073	8.876	-11,21	-1.121
Sardegna	4.261	4.314	4.297	4.318	4.216	-1,06	-45
ITALIA	108.271	107.276	105.526	105.093	101.100	-6,62	-7.171

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat - Anno 2017.

Il medesimo trend si riscontra in maniera più accentuata se si rapporta il numero di medici e odontoiatri del SSN alla popolazione (Tabella 2); infatti, in questo caso la riduzione del numero di unità è del -5,6%.

TABELLA 2

Tasso (per 1.000 abitanti) di medici e odontoiatri dipendenti del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2013-2017

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	Δ %
Piemonte	2	1,9	1,9	1,9	1,9	-5,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,7	2,8	2,7	2,6	2,5	-7,4
Lombardia	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	-13,3
Trentino-Alto Adige*	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	5,6
Veneto	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	0,0
Friuli Venezia Giulia	2,2	2,1	2,1	2,1	2	-9,1
Liguria	2,4	2,4	2,3	2,3	1,5	-37,5
Emilia-Romagna	2	1,9	1,9	1,8	1,8	-10,0
Toscana	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	0,0
Umbria	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	0,0
Marche	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	0,0
Lazio	1,5	1,4	1,3	1,3	1,2	-20,0
Abruzzo	2,1	2,1	2,1	2,0	2,1	0,0
Molise	1,7	1,6	1,5	1,4	1,4	-17,6
Campania	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	-11,8
Puglia	1,6	1,6	1,5	1,6	1,6	0,0
Basilicata	2,2	2,2	2,1	2,1	1,9	-13,6
Calabria	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	-5,0
Sicilia	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	-10,0
Sardegna	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	0,0
Italia	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7	-5,6

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat - Anno 2017.

La dotazione minore di medici si riscontra nel Lazio 1,2; Molise 1,4 e Lombardia 1,3 medici ogni 1.000 abitanti. A livello nazionale il valore si attesta a 1,7 per 1.000 abitanti.

Lazio e Molise sono le regioni che hanno sperimentato la diminuzione più marcata dal 2013 al 2017: facendo registrare rispettivamente -20,0% e -17,6%.

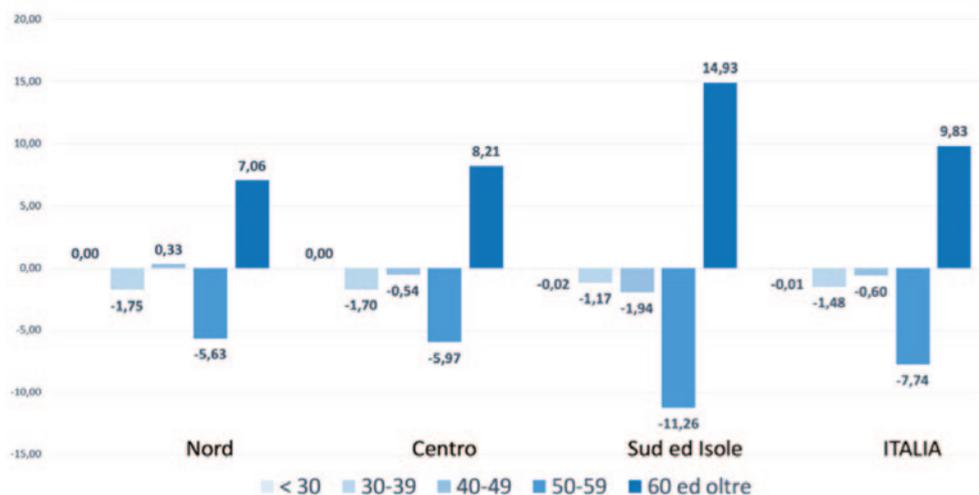
In generale la dotazione di medici mediamente più bassa si registra nelle regioni del Mezzogiorno ad eccezione della Sardegna e della Basilicata che vantano un rapporto medico/popolazione superiore alla media nazionale, rispettivamente 2,6 e 1,9 ogni 1000 abitanti.

La riduzione del personale medico diventa ancora più preoccupante in quanto si accompagna ad un progressivo invecchiamento.

Nel 2016 quasi il 52% del personale medico aveva oltre 55 anni. Nella fascia d'età 50-59 anni la quota dei medici si attestava al 41%, mentre tra i 40 e i 49 anni a circa il 23%. È aumentata di quasi il 10% la quota di medici ultra sessantenni, la variazione è del 7% al Nord, 8% al Centro e sale fino al 14% nelle regioni del Mezzogiorno. Per contro, tutte le fasce di età più giovani sperimentano una diminuzione del loro peso percentuale, calo generalizzato su tutto il territorio italiano (Grafico 1).

GRAFICO 1

Variatione (valori per 100) del personale medico del SSN per classe di età e macroarea- Anni 2013-2016



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2017.

Pertanto se non si interviene la prospettiva futura è allarmante in quanto nel 2016 i medici con più di 55 anni risultavano essere oltre 56mila, quindi nel corso dei prossimi 15 anni, a legislazione vigente e al netto di uscite anticipate legate alla riforma nota come “quota 100”, ci si attende una uscita per pensionamento di pari entità.

Il rientro dal deficit delle Regioni attuato tagliando la spesa per il personale medico da un lato, la cattiva programmazione degli accessi ai corsi di specializzazione dall'altro, mettono il SSN di fronte a una vera emergenza per il futuro.

Infatti dal 2010 al 2017 il numero di dipendenti delle Aziende Sanitarie è passato dalle oltre 707.000 unità a poco meno di 670.000. Il primato negativo del Molise si traduce in una perdita di quasi un terzo delle risorse dell'ambito medico (-31%), seguito dal Lazio, dove la diminuzione è equivalente a un medico ogni cinque (-20%), dalla Campania (-17%), dalla Calabria (-15%), dalla Sicilia (-14%) e dalla Liguria (-11%). Le restanti regioni mostrano variazioni da -7% (in linea con la media nazionale) a valori positivi, fino a massimi del 6-7% nelle Province autonome e in Abruzzo.

MEDICI CONVENZIONATI SPECIALISTI E CON FORMAZIONE SPECIFICA IN MMG

Dal 2012 al 2018 il numero dei medici convenzionati è sceso da 89.991 a 88.162 con il vantaggio, per questa tipologia di rapporto, che le assenze di questi medici per malattia, ferie, aggiornamento, maternità e altro per norma convenzionale sono compensate convenzionalmente con un “sostituto” a differenza di quanto avviene nella dipendenza dove non è possibile farsi sostituire. (Tabella 3).

TABELLA 3

Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico convenzionato del SSN e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2012-2018

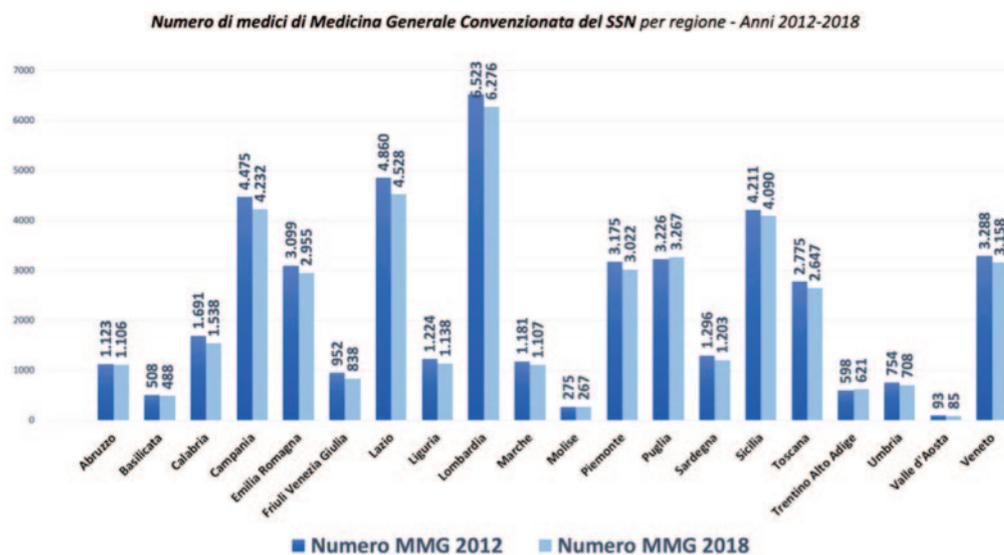
Regioni	2012	2015	2018	Δ % (2012-2018)	Δ N° (2012-2018)
Piemonte	6.175	6.549	5.857	-5,15	-318
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	175	171	161	-8,00	-14
Lombardia	10.526	10.507	10.300	-2,15	-226
Trentino-Alto Adige*	1.334	1.091	1.351	1,27	+17
Veneto	5.979	5.954	5.756	-3,73	-223
Friuli Venezia Giulia	1.501	1.480	1.399	-6,80	-102
Liguria	2.446	2.484	2.748	12,35	+302
Emilia-Romagna	5.946	5.845	5.787	-2,67	-159
Toscana	6.053	5.606	5.757	-4,89	-296
Umbria	1.384	1.382	1.410	1,88	+26
Marche	2.174	2.177	2.141	-1,52	-33
Lazio	9.751	9.247	8.911	-8,61	-840
Abruzzo	2.266	2.236	2.193	-3,22	-73
Molise	740	740	722	-2,43	-18
Campania	10.389	10.262	10.301	-0,85	-88
Puglia	5.920	6.608	6.026	1,79	+106
Basilicata	1.346	1.502	1.267	-5,87	-79
Calabria	4.277	4.540	4.610	7,79	+333
Sicilia	8.015	9.051	8.091	0,95	+76
Sardegna	3.826	3.534	3.374	-11,81	-452
ITALIA	89.991	89.965	88.162	-2,03	-1.829

Fonte dei dati: Elaborazioni SUMAI su dati SISAC - Anno 2019.

La valutazione in termini di personale convenzionato fornisce in questo caso una misura più precisa delle risorse umane realmente disponibili e mette in evidenza la reale dotazione delle Aziende Sanitarie considerate e quantifica nel -2,03% il taglio dal 2012 al 2018.

- rilevante, in percentuale, è la variazione nell'area della Medicina Generale, diminuita quasi del 2,2% (1.461 unità in meno), che raggiunge circa 66.287 unità dalle 66.748 del 2012 (Grafico 2);

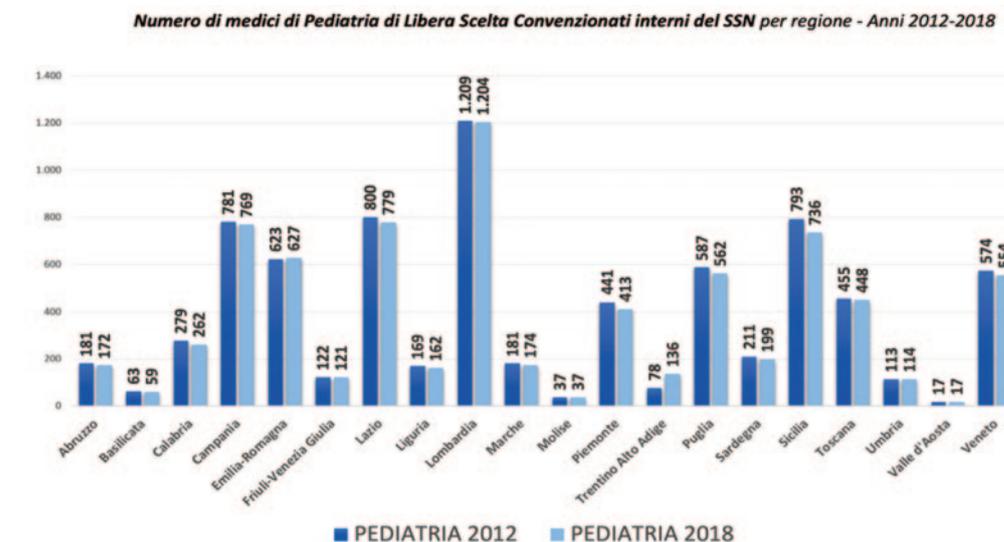
GRAFICO 2



Fonte dei dati: Elaborazioni SUMAI su dati SISAC - Anno 2018.

- l'area della Pediatria di Libera Scelta perde 169 unità pari a un calo del 2,2%. Da 5.745 del 2012 passa a 5.714 (Grafico 3);

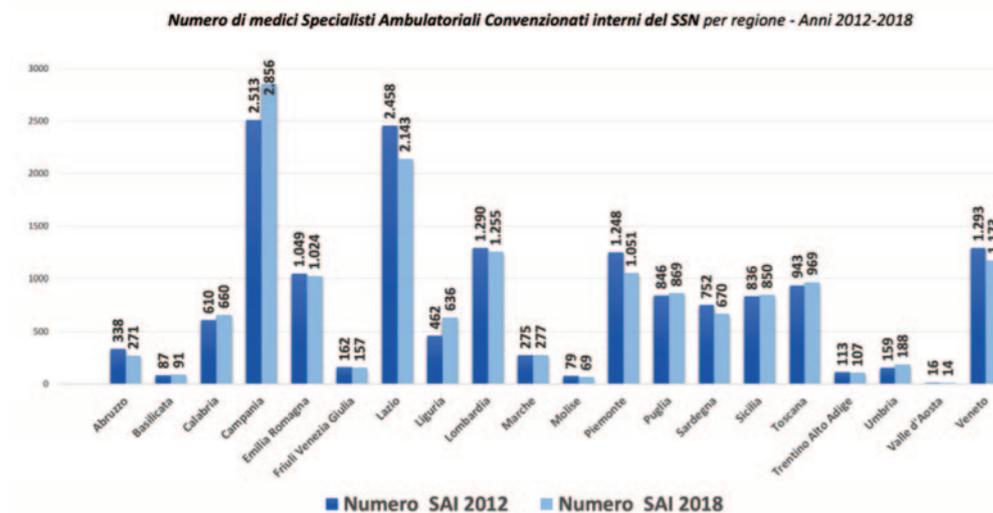
GRAFICO 3



Fonte dei dati: Elaborazioni SUMAI su dati SISAC - Anno 2018.

- L'Area della Specialistica Ambulatoriale Interna perde 199 unità, passando dai 15.529 colleghi del 2012, ai 15.330 del 2018 con un taglio del 1,2% (Grafico 4). La peculiarità di questa categoria sta nel fatto che il peso assistenziale non si basa sul numero di medici specialisti ma sulle ore. Poiché non tutti hanno il massimale orario alla cessazione dal servizio, contrattualmente le ore sono ridistribuite ai colleghi già titolari d'incarico a tempo indeterminato e, qualora non ci fossero colleghi disponibili, le ore rimaste vacanti sarebbero assegnate ai colleghi in graduatoria. Per cui le ore perse dal 2012 al 2018 convenzionalmente si sarebbero dovute assegnare ai già titolari più anziani e pertanto questo fatto ha inevitabilmente alzato l'età media della categoria sfavorendo i più giovani.

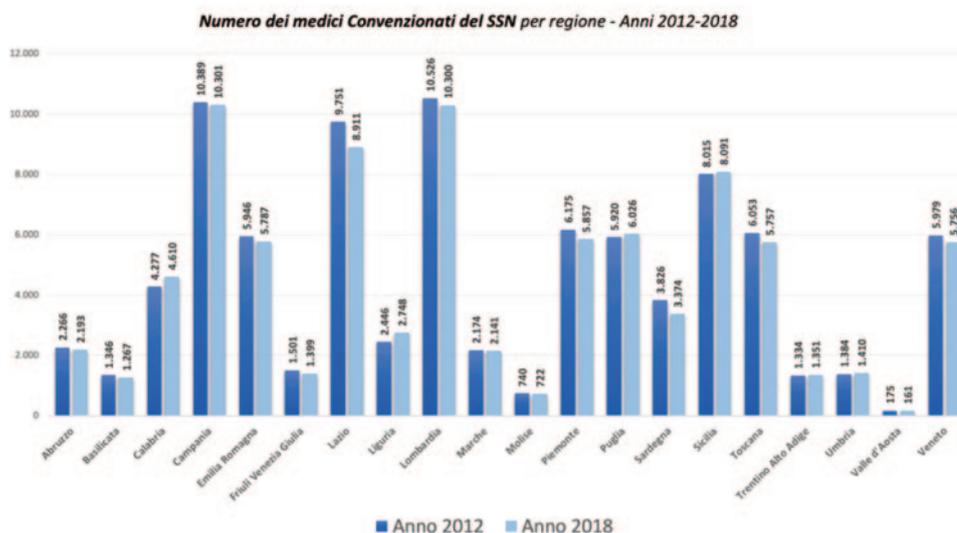
GRAFICO 4



Fonte dei dati: Elaborazioni SUMAI su dati SISAC - Anno 2018.

Alla decurtazione media nazionale del 2%, osservata nel periodo 2012-2018 di tutto il personale convenzionato, le Regioni e le Province Autonome hanno, anche qui, contribuito in modo sensibilmente differenziato con i tagli maggiori nell'area centro-meridionale (Grafico 5).

GRAFICO 5



Fonte dei dati: Elaborazioni SUMAI su dati SISAC - Anno 2018.

In particolare dunque nell'area medica convenzionata nel periodo 2012-2018 il primato negativo è della Sardegna e si traduce in una perdita di convenzionati pari a -11,8%, seguita dal Lazio - 8,6%, dalla Valle d'Aosta -8,0%, dal Friuli Venezia Giulia -6,8%, dalla Basilicata 5,9%, dal Piemonte -5,1%, dalla Toscana -4,9%, dal Veneto -3,7%, dall'Abruzzo -3,2%, dall'Emilia Romagna -2,7%, Molise -2,4%, dalla Lombardia (-2,2%), dalle Marche (-1,5%) e la Campania (-0,8%).

Le restanti regioni mostrano variazioni positive dalla Liguria +12,3%, dalla Calabria +7,8%, dall'Umbria +1,9%, dal Trentino Alto Adige +1,3% e dalla Sicilia +0,9%.

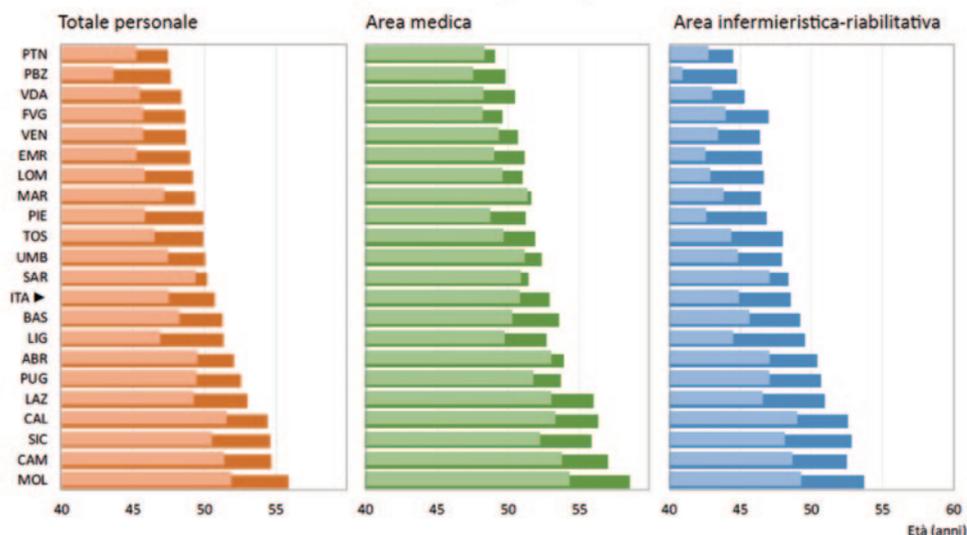
Le politiche nazionali e regionali quindi, con il blocco del naturale turnover, sinora hanno favorito il preoccupante fenomeno dell'aumento dell'età media di tutti gli operatori del SSN, in particolare dei medici specialisti dipendenti e convenzionati.

I grafici che seguono sottolineano l'ampio divario delle età medie del personale (i medici sono i più vecchi), anche tra i diversi territori (il Molise ha i medici più vecchi).

Per tutto il personale, in particolare tra i valori minimo e massimo registrati rispettivamente nella Provincia di Trento e in Molise, si notano gli oltre 8 anni di differenza: dai poco più di 45 anni della prima ai quasi 56 anni della seconda per il totale del personale (grafico arancione), differenza che sale oltre i 9 anni sia per il personale medico (grafico verde) che per quello infermieristico (grafico azzurro).

GRAFICO 6

Età media dei dipendenti per regione
Anni 2010 (tonalità chiara) e 2017 (tonalità scura)



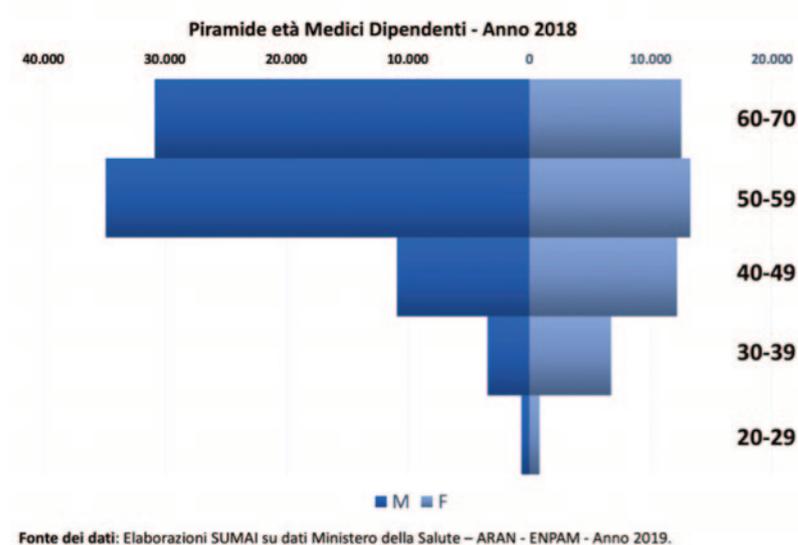
Fonte: elaborazioni Nebo Ricerche PA su dati MEF-RGS

L'età media dei medici dipendenti del SSN è, nel complesso, di oltre i 53 anni. La fascia di età 50-59 anni vede ben 46.598 medici, mentre tra i 40 e i 49 anni ci sono 23.118 unità. Tra i 30 e i 39 anni abbiamo solo 10.280 medici e 96 sono i colleghi nella fascia d'età tra 20 e 29 anni. Pertanto sono 67.717 i medici da 50 a 70 anni e solo 33.398 i medici tra i 20 e i 49 anni segnale inequivocabile del mancato ricambio generazionale (Grafico 7).

Riassumendo: il 21% dei colleghi dipendenti (21.119) ha un'età superiore ai 60 anni, con una prevalenza di 3 volte del genere maschile su quello femminile e circa il 46% (46.598) hanno un'età compresa tra 50 e 59 anni, sempre con una prevalenza del genere maschile.

Singolare il caso dei medici dipendenti dove per gli uomini la curva delle età ha un picco tra 50 e 59 anni e decresce lievemente dai 60 in su, mentre non si evidenzia per le donne un riconoscibile andamento legato al crescere dell'età dove queste però prevalgono dai 30 ai 49 anni e con concentrazioni massime dai 40 ai 49 anni.

GRAFICO 7



Per quanto riguarda invece il personale medico convenzionato, nel suo complesso, il quadro è più preoccupante perché caratterizzato da un considerevole invecchiamento della categoria (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni) a causa del mancato ricambio generazionale, cosa un po' meno evidente per la dipendenza specie se si guarda la fascia 40-49 anni.

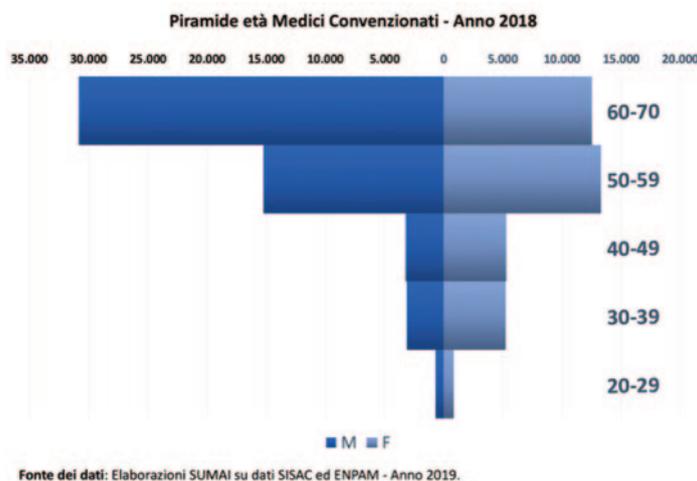
Il 48% dei medici convenzionati è nella fascia 60-70 anni con una popolazione di ben 42.339 medici convenzionati su 88.162 con un incremento nel 2018, rispetto al 2012 in questa fascia d'età, del 212,13% pari cioè a 28.775 medici convenzionati in più rispetto al 2012.

La fascia d'età 50-59 anni vede un calo rispetto al 2012, così come la fascia di età 40-49 anni segnali inequivocabili del mancato ricambio generazionale.

Abbiamo solo 8.186 medici convenzionati nella fascia tra 30-39 anni e solo 1.467 nella fascia d'età 20-29 anni. Infine, dai 50 ai 70 anni vi è una prevalenza del genere maschile maggiormente evidente nella fascia tra 60 e 70. Al contrario dai 20 ai 49 anni vi è invece una lieve prevalenza del genere femminile.

Riassumendo abbiamo ben 70.195 medici convenzionati da 50 a 70 anni e solo 17.966 medici convenzionati tra 20 e 49 anni, segnale inequivocabile del mancato ricambio generazionale (Grafico 8).

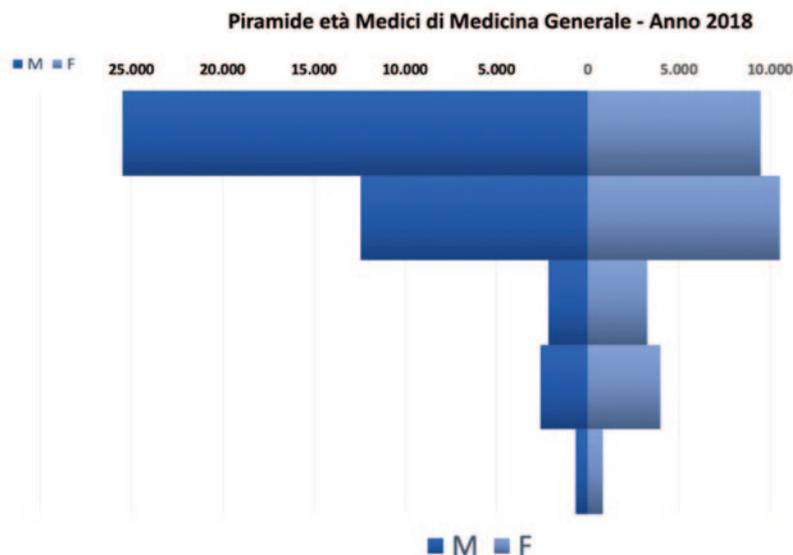
GRAFICO 8



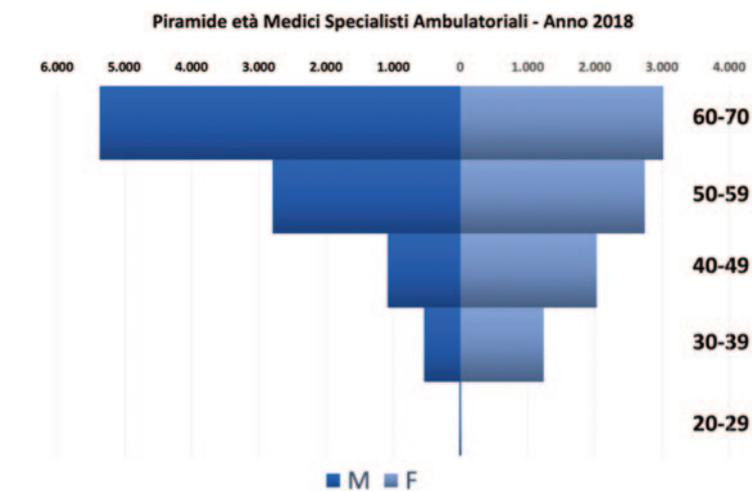
Altro dato sconcertante è la diminuzione, dal 2012 al 2018, del 47,09% dei medici convenzionati nella fascia tra 50 e 59 anni e del 51,71% nella fascia 40-49 anni a testimonianza di un blocco nel ricambio che porterà inevitabilmente ad una carenza nei prossimi anni, senza adeguata sostituzione, con chiare ripercussioni sull'assistenza nel territorio.

L'età media dei convenzionati del SSN è, nel complesso, di quasi 58 anni, con una discreta variabilità fra le diverse aree di convenzionati considerate.

GRAFICO 9



Fonte dei dati: Elaborazioni SUMAI su dati SISAC - ENPAM - Anno 2019.



Fonte dei dati: Elaborazioni SUMAI su dati SISAC - ENPAM - Anno 2019.

Il 54% degli Specialisti Ambulatoriali (8.386) ha un'età superiore ai 60 anni, con una prevalenza di poco più di 2 volte del genere maschile a differenza della Medicina Generale, anch'essa con il 49% di età superiore ai 60 anni (circa 34.970), ma con una prevalenza del sesso maschile di 3 volte rispetto a quello femminile (3/1 sino maschi). Gli specialisti ambulatoriali si equivalgono tra maschi e femmine nella fascia d'età 50-59 anni. Le donne sono circa il doppio rispetto ai maschi nella fascia d'età 40-49 anni e poco meno di tre volte nella fascia 30-39 anni. Equivalenza anche in quei pochi medici (37) appartenenti alla fascia tra i 20 ed i 29 anni. Nella medicina generale vi è una modesta prevalenza dei maschi rispetto alle femmine tra i 50 e 59 anni mentre le femmine prevalgono tra i 20 ed i 49 anni.

MANCANO DAVVERO MEDICI SPECIALISTI IN ITALIA?

Come abbiamo visto nei prossimi 15 anni il Servizio Sanitario Nazionale perderà 56 mila medici dipendenti, circa 8 mila medici specialisti convenzionati interni e 35 mila medici di medicina generale.

Questo scenario è figlio di una programmazione inadeguata da parte delle autorità competenti e potrebbe seriamente mettere a rischio le basi portanti del nostro SSN compromettendone i risultati sin qui ottenuti.

Bloomberg, la multinazionale americana dei media, ha collocato il nostro SSN al terzo posto su 51 paesi nel mondo e al primo posto in Europa; Il rapporto *Euro Health Consumer Index* invece posiziona il nostro SSN italiano al 20° posto su 35 paesi europei per la grande differenza tra Regioni di PIL pro-capite, che nella regione più povera è solo 1/3 di quello della più ricca; l'Italia raggiunge il 10° posto mondiale come *Health Quality and Access Index*; per l'*Health Care Index* invece il nostro SSN è al 32° posto tra i 69 paesi valutati; secondo l'OMS il SSN italiano è al 2° posto, dopo la Francia.

In un mondo in cui la carenza di medici specialisti e di personale sanitario sta diventando drammatica in quanto anche gli altri Paesi Europei ed extra-Europei hanno sbagliato la programmazione del fabbisogno di medici, l'Italia grazie alla sua inerzia negli ultimi 10 anni si permette invece il lusso di finanziare, a proprie spese, la formazione di giovani medici per poi “regalarli” ad altri Paesi che, ovviamente, li accolgono immediatamente e a braccia aperte.

Ma vediamo se mancano attualmente davvero specialisti in Italia e se per tutte le branche specialistiche ed iniziamo il nostro ragionamento partendo dal 2 agosto 2018, quando in una riunione presso il Ministero della Salute, l'allora presidente della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni dichiarava “... *i tanti concorsi indetti dalle Regioni per le assunzioni di medici specialisti vanno deserti e questo avviene soprattutto perché quei pochi che sono formati, 6.200 rispetto ad un fabbisogno di 8.569 scelgono di lavorare negli ospedali delle aree più urbanizzate...*”.

Partiamo, nel nostro ragionamento, da questo dato e facciamo due conti: “quei pochi formati” secondo le Regioni quindi sono i 6.200 medici che si sono specializzati di recente contro però un fabbisogno di 8.569 dichiarati necessari e quindi con un gap negativo di -2.369 specialisti.

Al momento, in Italia, ci sono 374.616 medici iscritti agli ordini professionali, di cui 234.917 sono specialisti. Di questi attualmente risultano occupati, presso il SSN, solo 138.012 medici specialisti mentre i restanti 96.905 si dividono tra liberi professionisti, pensionati ed in cerca di occupazione.

Circa 32.500 dei 96.905 medici specialisti hanno un'età tra i 28 ed i 50 anni compatibile per l'ingresso ai concorsi come dirigenti e/o nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale e sono già pronti e in possesso dei titoli formativi necessari richiesti per essere assunti nel SSN sia come dipendenti che come convenzionati.

Circa 13.000 di questi 32.500 sono già iscritti nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale o hanno fatto domanda per entrarvi. I rimanenti, 19.500 circa, che non risultano nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale sono in età per poter partecipare ai concorsi pubblici qualora venissero banditi.

Al momento, dei circa 13.000 specialisti già presenti nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale, 3.261 sono al disotto dei 45 anni, la maggioranza sono di genere femminile ed hanno già espresso, di fatto, entrando nelle graduatorie, la loro disponibilità ad entrare nel SSN come specialisti convenzionati. Sono quindi pronti,

da subito, a prendere servizio, basterebbe solo farli entrare invece di piangerne la carenza. Inoltre a questi si dovrebbe aggiungere una parte degli ulteriori 6.200 che si sono appena specializzati.

Ma vediamo dunque quanti sono attualmente gli Specialisti divisi per rapporto giuridico di lavoro.

Nel 2018 i medici specialisti attivi, non in pensione, erano 180.809. Di questi 101.100 con rapporto di dipendenza, 15.530 con rapporto convenzionale (SUMAISTI), e 54.108 operanti in regime libero professionale puro e non inquadrati nel SSN.

A questi vanno tolti però i 30.553 pensionati che per la maggior parte sono ufficialmente a riposo ma che in molte realtà invece lavorano nel privato e in particolare nel privato accreditato.

Gli specialisti con contratto SUMAI, a tempo indeterminato, in attività sono 15.530, ma sono attualmente sotto-utilizzati avendo una media oraria di 23 ore settimanali (i più giovani addirittura hanno una media oraria di sole 8 ore settimanali). Sono 3.261 infine gli specialisti che lavorano a tempo determinato o con contratti a termine o come sostituti.

Questi ultimi, 3.261 degli oltre 13.000 specialisti “aspiranti sumaisti”, sono dunque pronti e in attesa di entrare a tempo indeterminato ma le Regioni che dicono che mancano gli specialisti, invece di assumerli, li ignorano e vanno a cercare specialisti altrove preferendo magari quelli non specializzati e magari specializzandoli per decreto; un’evidente contraddizione.

Se questi fossero assunti a tempo indeterminato le Regioni realizzerebbero, da subito, un risparmio di circa il 30% sulla retribuzione pari a 10,84 € per ogni ora di servizio, risparmi che potrebbero essere utilizzati per assumere ulteriori specialisti ambulatoriali, vista la carenza.

Risolvere, quindi nell’immediato, la carenza di specialisti è possibile assumendo da subito gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni. In questo modo potremmo superare il GAP negativo segnalato dalle Regioni di -2.369 unità proprio con gli specialisti già presenti in graduatoria.

TABELLA 4

Anno 2018 - Medici specialisti ambulatoriali a contratto SUMAI per Regione
Ipotesi raggiungimento massimale orario per supplire a carenza specialisti

Regioni	ore medie settimanali	Numero Specialisti 2018	Ore settimanali medie 2018	Ore mancanti per arrivare a 38	Pari a nuovi specialisti	Totale Specialisti
Abruzzo	23	271	6.099	4.199	110	381
Basilicata	22	91	1.975	1.483	39	130
Calabria	24	660	16.080	9.000	237	897
Campania	30	2.856	85.330	23.198	610	3.466
Emilia Romagna	24	1.024	24.710	14.202	374	1.398
Friuli Venezia Giulia	19	157	3.058	2.908	77	234
Lazio	20	2.143	43.720	37.714	992	3.135
Liguria	17	636	11.001	13.167	346	982
Lombardia	19	1.255	23.428	24.262	638	1.893
Marche	23	277	6.373	4.153	109	386
Molise	22	69	1.505	1.117	29	98
Piemonte	18	1.051	18.746	21.192	558	1.609
Puglia	26	869	22.404	10.618	279	1.148
Sardegna	22	670	14.876	10.584	279	949
Sicilia	26	850	21.686	10.614	279	1.129
Toscana	23	969	22.593	14.229	374	1.343
Trentino Alto Adige	20	107	2.175	1.891	50	157
Umbria	21	188	3.919	3.225	85	273
Valle d'Aosta	25	14	350	182	5	19
Veneto	24	1.173	27.589	16.985	447	1.620
ITALIA	23	15.330	357.618	224.922	5.919	21.249

Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI dati FNOMCeO, SUMAI, ENPAM, SISAC

Ma vogliamo andare oltre. Secondo la tabella sopra riportata se tutti gli specialisti con contratto SUMAI, già assunti a tempo indeterminato, raggiungessero, a domanda, il massimale orario previsto e passassero a 38 ore, in tutta Italia dalle attuali 357.618 ore settimanali attive si passerebbe ad almeno 582.540 ore settimanali. Sarebbe come aumentare l'offerta di ulteriori 5.919 specialisti a 38 ore utilizzando già quelli operanti nel SSN a tempo indeterminato.

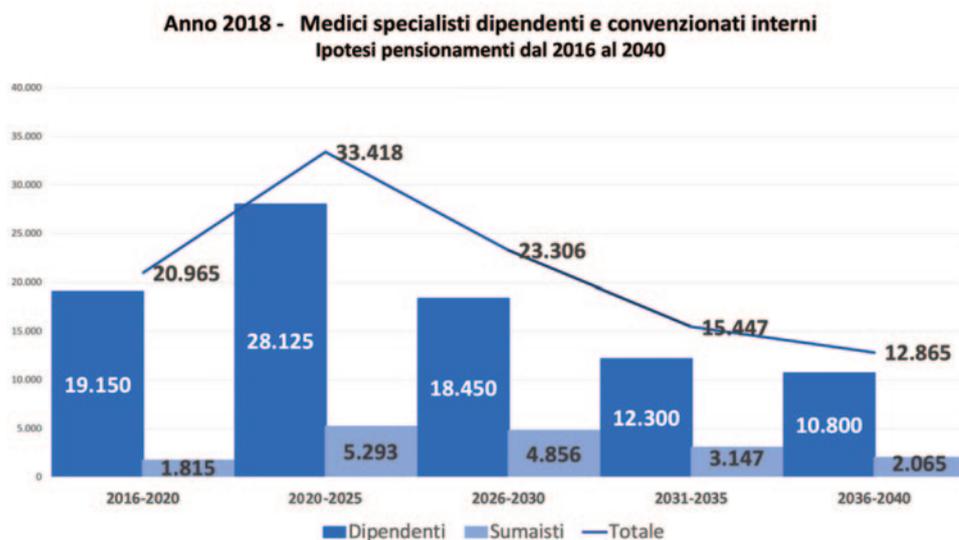
Se volessimo anche aggiungere i 3.261 specialisti in graduatoria attualmente con contratti a termine arriveremmo a 7.464 nuovi specialisti a contratto SUMAI con ulteriori 123.918 ore settimanali da aggiungere alle 582.540. Si passerebbe cioè dagli attuali 15.530 specialisti ai 22.794 specialisti SUMAI, virtuali, per non parlare degli altri circa 9.739 che sono ancora in graduatoria, in attesa di essere chiamati per la prima volta. Altra cosa sarebbe superare le anacronistiche incompatibilità, che una volta avevano un senso ma ora non più, permettendo al medico specialista convenzionato di operare nel SSN con il principio dei "vasi comunicanti" e sempre all'interno del massimale orario settimanale di 38 ore.

Oggi infatti, ad uno specialista ambulatoriale con un incarico, ad esempio, di sole 5 ore settimanali nel SSN viene impedito di lavorare anche nel privato accreditato e viceversa per le rimanenti 30 ore settimanali nonostante la retribuzione mensile relativa, per 5 ore settimanali, sia di appena 633 €. lordi mensili. Cifra che certamente non gli permette di vivere dignitosamente e programmare un futuro quando all'estero gli offrono dai 6mila €. in su.

Le attuali incompatibilità, associate al blocco delle assunzioni, hanno quindi inevitabilmente innescato tra i giovani medici, già specialisti in servizio e con incarico a tempo indeterminato, la necessità di ricercare altrove, specie all'estero o nel privato, un'attività lavorativa soddisfacente professionalmente stabile e sicuramente meglio retribuita.

Ma non è finita. Per quanto riguarda i medici specialisti con rapporto di dipendenza sarebbe invece opportuno, dopo anni di precariato trasformare immediatamente i contratti dei 7.760 specialisti precari in contratti a tempo indeterminato. Bisognerebbe poi bandire, finalmente, nuovi concorsi pubblici ai quali potrebbero partecipare, come detto, una buona parte dei medici specialisti esistenti e non ancora inseriti nel SSN a diretta gestione; cioè quei circa 20.000 colleghi che hanno ancora un'età compatibile con un'assunzione per concorso pubblico e via via poi tutti gli specializzandi che nel frattempo si specializzeranno e che attualmente si stanno formando nei vari atenei nazionali. Nel 2019, infatti, si specializzeranno circa 4.800 ulteriori medici dopo i 5.000 del 2018 che si erano iscritti nell'anno accademico 2012/2013. A questi si aggiungerebbero via, via i 33.444 specializzandi che si diplomeranno tra il 2019 ed il 2024, quindi appena in tempo per tamponare parzialmente l'importante gobba pensionistica che giungerà il suo culmine massimo nel 2025. Tra il 2016 e il 2025 andranno in pensione infatti 54.383 specialisti tra dipendenti e SUMAISTI e quindi, rispetto all'attuale numero di specialisti, saremmo ancora in tempo a rimpiazzare i colleghi che stanno per andare in pensione e cioè 20.965 nel quinquennio 2016-2020 ed altri 33.418 nel quinquennio 2021-2025.

GRAFICO 10



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI dati FNOMCeO, SUMAI, ENPAM, SISAC

Quindi la risposta alla domanda è che gli specialisti ci sono, basta assumerli e per evitare che i concorsi vadano deserti bisogna che il servizio sanitario nazionale diventi più attrattivo, con retribuzioni in linea con i maggiori paesi europei e proponendo contratti a tempo indeterminato, eliminando contratti a termine o proposte che generano solo precariato.

Se alle Regioni sta realmente a cuore il SSN mantenendo la qualità dell'assistenza ai cittadini suggeriamo di non proporre soluzioni fantasiose come il richiamo in servizio dei medici andati in pensione, o chiamando medici militari, o l'assunzione di medici non specialisti come si legge nell'ultima loro proposta che prevede l'assunzione per 3 anni di medici con partita IVA, anche senza il titolo di specializzazione, tranne per quelle branche previste per legge.

La nostra proposta per risolvere la carenza generale di specialisti può essere immediatamente attuata mantenendo dentro il Sistema le competenze specialistiche già previste e che sino ad oggi hanno fatto del nostro, il SSN più invidiato al mondo.

Lamentarsi è facile e costa poco ma vi chiediamo di non ignorare le soluzioni che rinnoviamo in questo nostro 52° Congresso Nazionale. Abbiamo il sospetto e siamo preoccupati che si vogliano perseguire strade sempre più economiche e sempre meno qualitative.

Bisogna adeguarsi alla legge della domanda e dell'offerta senza rinunciare alla qualità e alla competenza che in sanità sono tutto. Il rischio infatti è che qualora avessimo un problema di salute e bisogno dell'opera, dell'esperienza e delle conoscenze di un medico realmente specialista nel nostro SSN non trovandolo saremo costretti a cercarlo altrove e forse lo troveremo sicuramente italiano, sicuramente tra i più preparati, ma purtroppo lo troveremo all'estero e non nei nostri presidi sanitari.

Infatti secondo i dati diffusi dalla Commissione Europea i medici europei che emigrano maggiormente sono gli italiani: rappresentano più della metà del totale, circa il 52% e quasi il triplo rispetto alla Germania, che risulta seconda in graduatoria con il 19%.

Inaspettatamente, per quanto riguarda i nostri camici bianchi che decidono di lasciare l'Italia, il Veneto risulta essere la Regione capofila con 80 professionisti sui

1.500 che emigrano ogni anno.

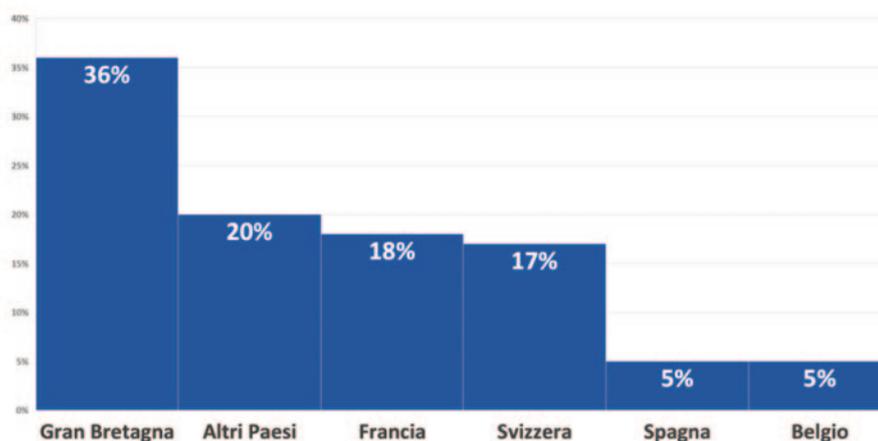
Molto attivi, in questa gara per accaparrarsi i medici italiani, gli Emirati Arabi che hanno contattato numerosi colleghi veneti offrendo loro un compenso dai 14mila ai 20mila euro al mese più altri benefit come abitazione, scuola e autista.

Fuori dall'Europa la caccia al medico italiano parte soprattutto da Arabia Saudita, Qatar, Siria, Libia, Iraq, Sudan e Somalia. La ricerca avviene attraverso LinkedIn o società di consulenza che sguinzagliano veri e propri cacciatori di teste straniere specializzate, cioè persone che ricercano i migliori profili sul mercato per una determinata posizione aziendale.

Ritornando in Europa, dai dati dell'*European Commission* aggiornati ai primi 3 mesi del 2018, ben 4.701 medici specialisti, formati a spese dello stato italiano, invece che lavorare in Italia sono già andati a trovare occupazione nei vari paesi Europei come si può evidenziare nel successivo grafico (Grafico 11).

GRAFICO 11

Anno 2018 - Medici specialisti andati a lavorare all'estero



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: Elaborazione SUMAI dati EUROPEAN COMMISSION

Come si vede i paesi maggiormente scelti dai giovani sono il Regno Unito, con 1.675 specialisti, seguito da un generico “altri paesi” con 931 specialisti, poi la Francia con 838 specialisti, la Svizzera con 791, la Spagna e infine il Belgio con 233.

Questi numeri ci dicono che gli specialisti ci sono, o meglio che ancora ci sarebbero, aspettano solo di essere assunti. Ma non aspettiamo altro tempo, sbrighiamoci prima che sia troppo tardi, prima che quelli rimasti in Italia vadano tutti all'estero o scelgano altre strade diverse dal SSN.

Dobbiamo aggiungere però che per alcune branche specialistiche c'è la necessità immediata di adeguare il numero delle attuali borse alle reali esigenze del SSN aumentandone la quantità dove maggiore è la carenza. Ma si sa, programmare in Italia è stato ed è tuttora un esercizio poco conosciuto e altrettanto meno praticato.

Occorre inoltre fare una riflessione sulla formazione post-laurea e il fabbisogno territoriale. Appare chiaro come non esista una proporzionalità diretta tra fabbisogno territoriale di personale specialistico e posti aggiuntivi nel concorso nazionale.

Mancano all'appello, in ordine di carenza: medici specialisti in Medicina d'emergenza-urgenza, Pediatria, Medicina Interna, Anestesia e Rianimazione, Chirurgia generale, Psichiatria, Cardiologia, Ginecologia e Ostetricia, Radiologia, Ortopedia e Traumatologia, Igiene e medicina preventiva, Nefrologia, Oftalmologia, Oncologia, Geriatria. È evidente che il MIUR non tiene conto del fabbisogno territoriale, se non in misura residuale e poco incisiva, dal momento che questo viene costantemente ignorato e i criteri di scelta del numero di borse alle scuole di specializzazione seguono dinamiche più accademiche che di contesto del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. Il rischio è che, al netto dei dati sulle carenze, si prepari un eccesso di medici specialisti in alcune aree e si accentui la mancanza in quelle attualmente più carenti. Parlando, infatti, delle soluzioni proposte anche dalle Regioni per risolvere l'insufficienza di medici specialisti per il SUMAI consentire l'accesso nel SSN, a tempo indeterminato, ai semplici laureati in medicina e chirurgia, non specializzati o in Medicina Generale senza lo specifico corso di formazione significa svalutare ulteriormente la formazione professionale, fingendo equivalenza, di competenze e di conoscenze.

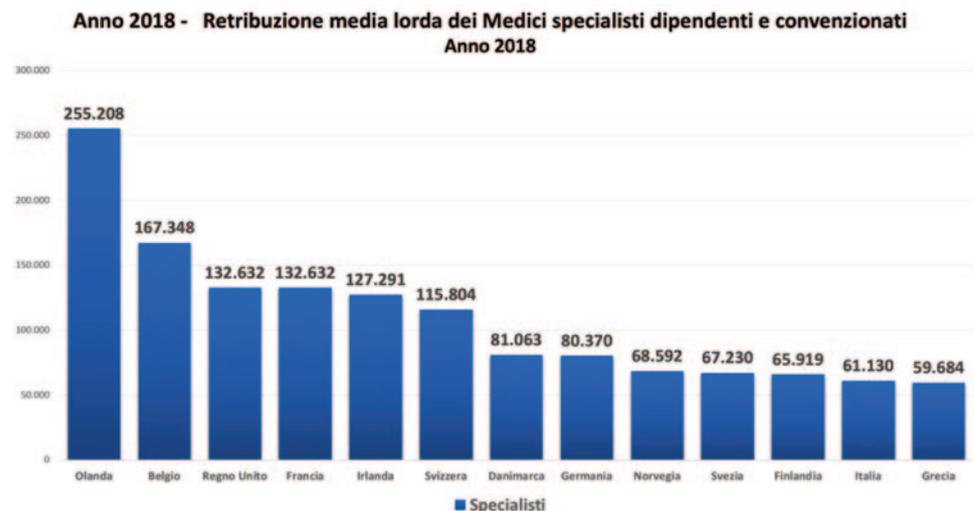
Le dotazioni organiche carenti e riempite con laureati assunti al “massimo ribasso”, finirebbero così per trasformarsi in contenitori di professionisti privi di identità giuridica, chiamati solo a tappare i buchi delle “organizzazioni” e, guarda caso, sotto la responsabilità comunque di quei pochi medici specialisti rimasti in servizio.

Consentire quindi l’accesso nel SSN a medici senza il titolo di specializzazione, per funzioni specialistiche che tali non sono, lasciando fuori gli attuali 25 mila circa e i futuri 34 mila specialisti non ci sembra un esercizio né lungimirante né di buon senso.

Le regioni, scegliendo di abbassare le competenze nel servizio pubblico, creano nel Paziente il sospetto di non ricevere realmente una prestazione da un vero specialista (fenomeno già riscontrato in alcune strutture). Ciò rischia di innescare, tra l’altro, ulteriori contenziosi sia medico-legali (in caso di accertata *malpractice*) ma anche legali (per truffa sanitaria), in quanto ci si sottopone ad una visita specialistica che specialistica non è ma che viene remunerata dal SSN come tale.

La politica non ha ancora capito che la massima economia possibile nelle retribuzioni del personale sanitario medico o delle professioni sanitarie del nostro Servizio Sanitario Nazionale ormai è stata già raggiunta, se non addirittura superata, grazie proprio all’abnegazione del personale che vi lavora nonostante l’aumentare del *burn-out*, delle denunce, delle aggressioni e delle scarse retribuzioni. In Europa non esiste alcun paese dove le remunerazioni degli specialisti sono basse come le nostre: 12° posto su 13 (Grafico 12). Fortunatamente questo non accade per la medicina generale che si colloca invece al 4° posto in Europa.

GRAFICO 12



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

Concludendo il SUMAI propone di risolvere la carenza di medici specialisti mediante l’accesso prioritario ai tanti colleghi specializzati che sono in attesa di entrare a far parte del SSN; di programmare d’ora in avanti, in modo corretto, il futuro a medio/lungo termine evitando così che i nostri giovani, sia specialisti che non, dopo averli formati a nostre spese rimangano disoccupati o, in alternativa, vadano a lavorare all’estero costringendo il nostro Paese poi ad andare a cercare altrove queste preziose risorse; di programmare una sanità pubblica efficiente con un numero sufficiente di borse specialistiche senza lasciare chi è stato formato fuori dal Servizio

Sanitario Nazionale non assumendo o non garantendo, a tutti i laureati in medicina, il completo iter formativo.

Il grafico successivo (13) elaborato dal Centro Studi del SUMAI mostra la possibile carenza di specialisti facendo riferimento ad un ipotetico fabbisogno standard, dato come costante negli anni, e calcolato in assenza di *turnover* dal 2019 al 2030.

GRAFICO 13



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

Bisognerà quindi evitare di continuare con gli errori fatti in passato: non utilizzare in pieno le risorse già presenti nel SSN; non sostituire chi andava in pensione a causa blocco delle assunzioni, precarizzare i nuovi rapporti di lavoro (solo contratti a tempo determinato o contratti anomali) e infine mantenere quelle assurde e anacronistiche incompatibilità che impediscono il contemporaneo utilizzo nel pubblico e nel privato accreditato dello stesso specialista.

LA MEDICINA DIFENSIVA E LE AGGRESSIONI AI MEDICI

La politica nazionale deve urgentemente affrontare anche il problema dell'eccessivo numero di contenziosi medico-legali.

Imperizia, imprudenza e negligenza, se non ricordo male, sono gli elementi principali per giudicare se vi è o meno colpa grave. Negligenza, intesa come errore di valutazione nel compimento di un'attività; imprudenza, identificabile nell'errore di attuazione di una data attività; imperizia qualificabile come negligenza o imprudenza propria di chi compie atti che presuppongono la conoscenza di regole tecniche ma non le rispetta per ignoranza o inettitudine.

La colpa professionale è la salvaguardia della discrezionalità tecnica del professionista rispetto a situazioni complesse che richiedono anche l'assunzione di rischi e questo è tipico dell'attività medico-chirurgica.

Ed allora cosa facciamo? Abbassiamo le competenze? Portiamo allo sbaraglio giovani medici senza essere specialisti? Avvocati e medici legali sfregatevi le mani! Pazienti tremate! Casse dello Stato svuotatevi!

Ricordiamoci sempre che ognuno di noi è un potenziale Paziente, non dimentichiamolo mai. Lo dico prima ai colleghi e poi ai decisori politici. Non sbagliamo le scelte. Vorrei ricordare che attualmente sono circa 300 mila le richieste di risarcimento pendenti nei tribunali. Richieste che nella maggioranza dei casi si traducono in cause legali "temerarie" incentivate ad arte da fantomatiche agenzie e studi legali i quali, con discutibili campagne pubblicitarie, si procacciano anche nelle stesse strutture sanitarie i clienti convincendoli a farsi risarcire per casi di ipotetica malasanità da un medico o una struttura sanitaria ai sensi della legge 24 del 2017.

Sappiamo bene però che sono poche le cause che vanno a buon fine. La maggior parte si rivela solo una spesa per chi l'intenta, ma sempre un ottimo affare per agenzie e professionisti che le sponsorizzano e che approfittano proprio del dolore e della frustrazione di pazienti o dei loro famigliari incassando, infatti, parcelle anche se la causa non si chiude con l'annunciato e ipotizzato successo.

Questi procedimenti costano, direttamente al cittadino, decine di migliaia di euro. Per una causa civile si spende dai 30.000 a 50.000 € e per una penale si parte da 35.000 € (*somme stabilite nella determinazione dei parametri per la liquidazione dei compensi per la professione forense riferita all'art.13 comma 6 della legge 247 del 31 dicembre 2012 aggiornati al DM 37 dell'8 marzo 2018*). Ma i procedimenti fanno male soprattutto alle casse dello Stato e al Fondo Sanitario Nazionale perché innescano la cosiddetta "medicina difensiva" che ha un costo stimato in oltre 10 miliardi l'anno a carico del SSN per non parlare di quella a carico dei professionisti in ambito privato.

Nonostante i medici siano assicurati, queste cause lasciano sempre un segno indelebile su questi ultimi. I colleghi spesso le vivono come una personale sconfitta e li inducono a rinunciare, sempre più spesso, a svolgere l'attività specialistica, specie se ad alto rischio professionale.

La politica per recuperare risorse dovrà trovare, il prima possibile, il coraggio di depenalizzare l'errore medico, come già fatto nella maggioranza degli altri Paesi, e migliorare la legge 24/2017 prevedendo anche delle norme che vietino, in tutti questi casi, il cosiddetto patto quota-lite e che prevedano sempre un risarcimento al medico che risulti assolto dalle accuse a spese di chi ingiustamente lo ha portato in tribunale.

Non si può distruggere gratuitamente un professionista e poi non pagargli i danni

che sono anche danni per il SSN perché il servizio pubblico perde il loro apporto di professionalità. Non si trovano Anestesisti? Chirurghi? Ginecologi? Ortopedici? Radiologi? Colleghi per i Pronto Soccorsi? Domandiamoci il perché e non facciamo finta di meravigliarci. Ultimo, solo cronologicamente ma non in ordine d'importanza, è il problema degli episodi di violenza sugli operatori sanitari. Questi comportano conseguenze spesso gravi, che non si limitano al momento dell'aggressione, sia fisica che verbale, ma si trascinano nel tempo con importanti ricadute sulla sfera psichica con forme di ansia e depressione e sulla sfera professionale con una minore soddisfazione nell'attività lavorativa quotidiana.

La FNOMCeO, gli Ordini dei Medici e i sindacati di categoria da tempo sollecitano le competenti istituzioni a intervenire urgentemente, con gli strumenti che hanno a disposizione, individuando nuove soluzioni per poter arginare questo drammatico fenomeno che sta diventando una vera e propria emergenza di sanità pubblica oltre che di ordine pubblico.

Sulla materia sono stati presentati anche alcuni progetti di Legge: tra questi, quello governativo "Recante disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'ambito dell'esercizio delle loro funzioni", ma non ancora incarnato in Parlamento.

Tali questioni vanno affrontate al più presto e risolte una volta per tutte.

Non basta fare corsi a medici e infermieri per insegnarli come difendersi dalle aggressioni. Bisogna reprimere il fenomeno oltre che con deterrenti legislativi anche con la presenza delle forze dell'ordine specie nei luoghi maggiormente a rischio. Occorre inoltre migliorare l'attuale organizzazione dei servizi e delle strutture sanitarie, ormai vetuste, separando innanzi tutto l'area sanitaria da quella d'attesa, attivando sistemi di comunicazione che siano efficaci ad esempio aggiornando in tempo reale i parenti sulle condizioni del congiunto e ristabilire il numero di personale ottimale per i carichi di lavoro sollevando il sanitario dagli attuali asfissianti adempimenti burocratici che lo distraggono dai suoi compiti sanitari. Bisogna infine garantire al professionista sanitario il necessario tempo di ascolto e di comunicazione con il Paziente.

LE LISTE D'ATTESA

Quello delle liste d'attesa è un problema che sta molto a cuore a noi del SUMAI Asso-prof. È principalmente legato alla mancata gestione delle malattie croniche da parte di equipe professionali messe in rete, sia territoriali che ospedaliere, ed è indissolubilmente legato anche alla carenza di specialisti sia convenzionati che dipendenti. Quello delle liste d'attesa è innanzitutto l'unico "indicatore di eguaglianza tra regioni" e può essere considerato anche come uno specifico "indicatore di performance" delle politiche, nazionali e regionali in quanto dipende essenzialmente dall'attenzione riservata alla sanità territoriale. Questa funzione come "indicatore di performance" infatti è stata confermata, nel marzo del 2018, quando il Ministero della Salute lo ha utilizzato tra i nuovi indicatori per la valutazione dei LEA regionali. Infatti appena adottato il nuovo sistema di valutazione ha subito evidenziato le inefficienze regionali sottolineando carenze e pregi dei vari sistemi sanitari regionali. Siamo infatti passati dalle 16 regioni adempienti con la vecchia valutazione del 2017 alle attuali 9 valutate secondo i nuovi criteri del 2019 (Tabella. 5).

TABELLA 5

REGIONI	ADEMPIENZA LEA METODO 2017	ADEMPIENZA LEA METODO 2018
PIEMONTE		
LOMBARDIA		
PROV. AUT. TRENTO		
VENETO		
LIGURIA		
EMILIA ROMAGNA		
TOSCANA		
UMBRIA		
MARCHE		
FRIULI V. GIULIA		
LAZIO		
ABRUZZO		
PUGLIA		
BASILICATA		
CALABRIA		
SICILIA		
VALLE D'AOSTA		
PROV. AUT. BOLZANO		
MOLISE		
CAMPANIA		
SARDEGNA		

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria, Ufficio 6 - Anno 2019

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria, Ufficio 6 - Anno 2019

Secondo il SUMAI, invece, il problema delle liste d'attesa è dovuto inevitabilmente ad una scarsa attenzione storica per le politiche sanitarie territoriali nonostante da anni si affermi di voler "potenziare l'assistenza sul territorio". Frase questa ormai entrata negli annali di ogni meeting, congresso ed evento in campo sanitario che si è svolto negli ultimi 30 anni, però mai realizzata dopo la forte riduzione del numero

dei posti letto ordinari (2007-2017) che per abitante è passata da 3,8 a 3,2 per mille abitanti rimanendo al di sotto del valore medio massimo stabilito dalla normativa nazionale che è di 3,7.

Il risultato di questa diseguale riduzione del numero di posti letto in ospedale ha dunque inciso in gran parte sul peso dell'assistenza specialistica che prima veniva garantita, anche negli ospedali probabilmente con ricoveri inappropriati, scaricandolo sul territorio senza però averlo contemporaneamente adeguato delle necessarie risorse umane e tecnologiche.

Infatti, gran parte delle politiche regionali hanno previsto, negli obiettivi dei loro direttori generali, non il potenziamento dell'assistenza territoriale, come pubblicamente dichiarato, ma solo miopi economie nei bilanci aziendali riducendo l'offerta sanitaria, sia quella ospedaliera che quella della specialistica convenzionata interna territoriale, non attingendo, come si sarebbe dovuto fare, a quelle risorse economiche liberate proprio dalla chiusura dei posti letto in modo da sopperire a quello che sarebbe stato il prevedibile carico aggiuntivo sul territorio di richieste di prestazioni diagnostiche e di visite specialistiche.

Sono stati così depauperati numerosi turni di specialistica ambulatoriale interna (SUMAI) resisi vacanti per quiescenza che rappresentano ancora l'88% dell'offerta specialistica pubblica gestita direttamente dalle ASL con le relative risorse economiche. Successivamente, gli stessi direttori generali hanno aggiunto al danno un ulteriore beffa trasferendo dal territorio all'ospedale circa 1/3 di ore di specialistica ambulatoriale interna (SUMAI) per coprire i posti in organico dei Dirigenti Medici decimati a causa del blocco del turnover. Insomma in un colpo sono riusciti ad ampliare il divario tra domanda e offerta ottenendo scientemente, come era prevedibile, il risultato di liste d'attesa interminabili che noi tutti conosciamo.

I cittadini, non trovando più in tempi fisiologici una risposta alle loro richieste di visite e di prestazioni specialistiche, hanno affollato, in modo inappropriato, i Pronto Soccorso saltando così le liste d'attesa e molto spesso riuscendo a non pagare nemmeno il ticket.

Questa desertificazione del territorio ha reso praticamente impossibile la prevista presa in carico dei malati cronici dal Piano Nazionale della Cronicità e quindi il reale e non fittizio avvio dei PDTA specialistici.

Oltre a quanto detto bisogna anche ricordare che le liste d'attesa sono alimentate dalla cosiddetta "medicina difensiva" che genera richieste di prestazioni specialistiche spesso inappropriate, da un punto di vista clinico, ma che sono "appropriatissime" per il medico che le prescrive in quanto necessarie a prevenire eventuali e future accuse di *malpractice*, alimentate recentemente anche da sentenze di Cassazione assai discutibili e che hanno contribuito all'aumento del contenzioso medico-legale, nonostante il varo della legge Gelli-Bianco.

Ecco il reale motivo delle liste d'attesa, il resto sono chiacchiere fatte da chi non le vuole realmente eliminare ma mantenere se non addirittura incrementarle per favorire il privato.

Il confronto tra dati rilevati da ISTAT, Fondazioni e Consorzi universitari e realtà percepita e segnalata dai cittadini conferma le evidenze emerse e in particolare le preoccupazioni per l'impatto delle liste di attesa sull'accesso e, quindi, sull'universalismo del SSN.

Il confronto e i dati dimostrano che il fenomeno negli ultimi anni non si è ridotto, anzi semmai si è aggravato nella maggioranza dei casi.

La progressiva “desertificazione” nel territorio di figure mediche specialistiche pubbliche a diretta gestione ha evidenziato chiare responsabilità regionali a seguito della riforma del Titolo V che assegna alle Regioni, oltre all’autonomia, anche l’obbligo di garantire l’assistenza sanitaria sia di natura ospedaliera che territoriale.

Più volte si è cercato di “abbattere” le liste d’attesa, ma solo teoricamente, mai concretamente adeguando strutturalmente la domanda all’offerta con decreti e/o circolari applicative ministeriali e regionali che non prevedevano soluzioni definitive di tipo strumentale.

Per lo più si sono adottate soluzioni temporanee che sono costate ai contribuenti milioni di euro senza risolvere questa criticità. Tutto ciò non ha scalfito, neanche di un millimetro, la spessa corazza delle liste, anzi. Di fatto si sono prodotti soltanto insuccessi su insuccessi. L’unica cosa che è cambiata è la terminologia: si è passati dal termine “abbattimento” al termine “governo”.

Il risultato però non cambia e i cittadini lo sanno bene perché vedono i tempi allungarsi sempre di più.

Per le liste d’attesa si è anche cercato di demonizzare l’intramoenia, salvo poi proporla come strumento nell’attuale Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Non dimentichiamo infatti che l’attività intramoenia favorisce economicamente, seppur parzialmente, le Aziende Sanitarie piuttosto che i professionisti.

Se vogliamo davvero risolvere il problema bisogna necessariamente, e rapidamente, rimpiazzare le figure mediche specialistiche sbloccando il *turn-over*, tanto della “Medicina Convenzionata Specialistica Ambulatoriale” nel territorio; che della “Dirigenza Medica” in ospedale, sostituendo chi è andato in quiescenza o peggio fuggito dal SSN.

LE DISEGUAGLIANZE REGIONALI

Il problema delle disuguaglianze in sanità è stato ampiamente trattato dalla letteratura scientifica, soprattutto per individuarne le principali determinanti. Secondo questi lavori, i fattori principali delle disuguaglianze sono legati al contesto e agli individui. I primi si riferiscono agli aspetti di sistema quali: risorse a disposizione del SSN, la sua organizzazione ed efficacia; altri fattori possono essere riscontrabili nel contesto di vita, per esempio il livello di deprivazione, il grado di urbanizzazione e il capitale sociale del territorio di residenza.

I secondi si riferiscono a fattori individuali sia di natura biologica quali il genere, l'età e patrimonio genetico; sia di natura socio-economica questi ultimi legati al titolo di studio, alla condizione professionale e al livello di reddito.

Alcuni studi assegnano maggiore rilevanza ai fattori individuali piuttosto che a quelli di contesto, attribuendo implicitamente, a parte gli aspetti biologici, al comportamento di ogni individuo la responsabilità delle proprie condizioni di salute.

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane ha studiato il fenomeno e si è limitato a documentare le disuguaglianze osservate nel nostro Paese mettendole in relazione con i principali fattori individuali e di contesto. La riforma costituzionale stabilisce che il potere legislativo in materia di sanità è concorrente tra Stato e Regioni e perfeziona il principio di sussidiarietà secondo il quale chi governa un sistema deve essere vicino ai cittadini per coglierne meglio i bisogni e i desiderata. Allo Stato è assegnato il compito di stabilire il quadro normativo generale.

Alle Regioni è attribuito il compito di legiferare sul proprio territorio, per attuare le linee guida del Governo centrale e organizzare i servizi e gli interventi di sanità pubblica. Il Decreto legislativo in materia di federalismo fiscale ha stabilito le fonti di finanziamento dei Servizi sanitari regionali: il gettito dell'Iva, dell'Irpef e il fondo di perequazione. L'ammontare del finanziamento è stabilito dallo Stato per finanziare i LEA, gli eventuali deficit di bilancio sono stati posti a carico della fiscalità regionale. Da questa breve premessa si evince facilmente come la riduzione delle disuguaglianze, sociali e territoriali ha acquisito, nel corso degli anni, sempre maggiore importanza fino a stabilire che i volumi di assistenza erogati debbano essere compatibili con le risorse assegnate e con il de-finanziamento progressivo. Invece si è aperto alle disuguaglianze di salute tra le Regioni. Infatti, chi ha più risorse economiche può offrire di più ai propri cittadini, mentre le Regioni in difficoltà offriranno sempre meno perché attraverso la mobilità sanitaria sono costrette a trasferire le poche risorse a disposizione alle Regioni più ricche che quindi ne avranno sempre di più. Da qui la riflessione su come garantire l'universalismo con il regionalismo differenziato, quali le accortezze necessarie e i correttivi da apportare per tutelare l'offerta di salute ai cittadini. Ecco il perché del titolo del nostro Congresso "Specialistica ambulatoriale e Universalismo differenziato": riteniamo che la specialistica convenzionata interna possa svolgere un ruolo fondamentale nel mantenere quell'universalismo previsto dalla legge 833/78.

Ma tornando al tema delle disuguaglianze di salute, secondo l'Osservatorio Nazionale sulla Salute, gli indicatori evidenziano l'esistenza di sensibili divari di salute sul territorio. Ne sono la prova i dati del 2017 della Campania dove gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3; mentre nella Provincia Autonoma di Trento gli uomini mediamente sopravvivono 81,6 anni e le donne 86,3.

In generale, quindi, la maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6. Decisamente in-

feriore nelle regioni del Mezzogiorno, nelle quali si attesta a 79,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne.

Anche la mortalità prematura, proposta dall'OMS nell'ambito della *Sustainable development goals*, denuncia forti divari territoriali.

Infatti, la Campania, la Sicilia, la Sardegna, il Lazio, il Piemonte e il Friuli presentano valori elevati di mortalità prematura, con una dinamica negativa tra il 2004 e il 2013 che le vede costantemente al di sopra della media nazionale.

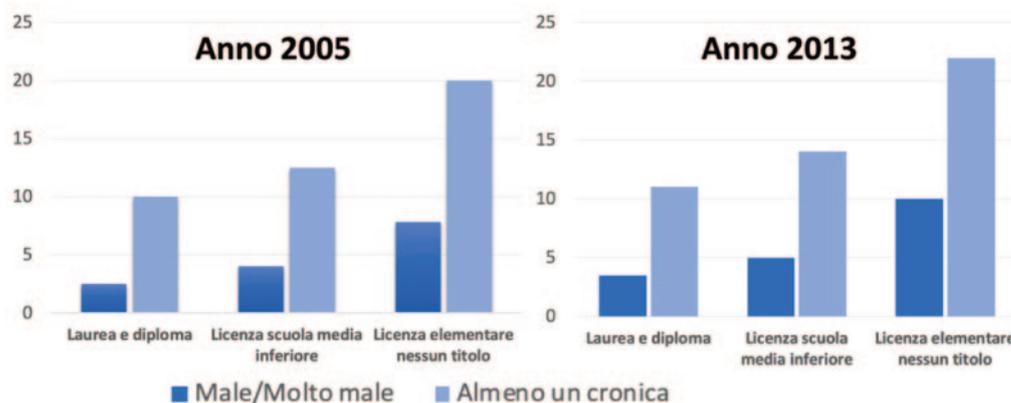
Questo è un dato fortemente negativo considerato che si tratta di morti evitabili con idonee politiche di prevenzione.

Anche le condizioni di salute, legate alla presenza di cronicità, denunciano sensibili differenze sociali. Nella classe di età 25-44 anni la prevalenza di persone con almeno una malattia cronica grave è pari al 5,8% tra coloro che hanno un titolo di studio basso e al 3,2% tra i laureati.

Tale gap aumenta con l'età. Nella fascia 45-64 anni è il 23,2% tra le persone con la licenza elementare e l'11,5% tra i laureati (Grafico 14). I divari di salute sono particolarmente preoccupanti quando sono così legati allo status sociale poiché i fattori economici e culturali influenzano direttamente gli stili di vita e condizionano la salute delle future generazioni.

GRAFICO 14

Persone di 45-64 anni che hanno dichiarato di stare "Male/Molto male", di avere almeno una cronica grave per livello di istruzione. (Valori percentuali) - Anno 2005 - 2013.

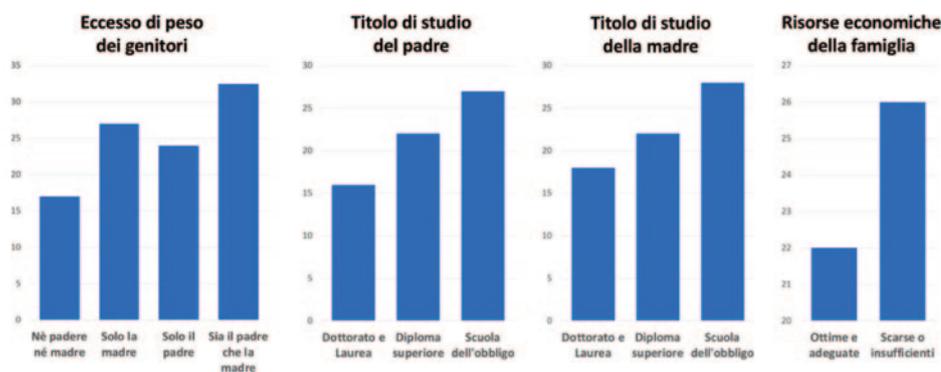


Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane - 2019

Un tipico esempio è rappresentato dall'obesità, uno dei più importanti fattori di rischio per la salute futura, la quale interessa il 14,5% delle persone con titolo di studio basso e solo il 6% dei più istruiti.

GRAFICO 15

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per genere e per titolo di studio della madre e del padre, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori - Anni 2014-2015.



Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane – 2019

Anche considerando il livello di reddito gli squilibri sono evidenti: l'obesità è una condizione che affligge il 12,5% del quinto più povero della popolazione e il 9% di quello più ricco. I fattori di rischio si riflettono anche sul contesto familiare infatti il livello d'istruzione della madre rappresenta un destino per i figli, a giudicare dal fatto che il 30% di questi è in sovrappeso quando il titolo di studio della madre è basso, mentre scende al 20% per quelli con la madre laureata.

Alle disuguaglianze di salute si affiancano quelle di accesso all'assistenza sanitaria pubblica. Si tratta delle rinunce alle cure da parte dei cittadini a causa dell'impossibilità di pagare il ticket per la prestazione o per le lunghe liste di attesa.

La difficoltà di accesso alle cure sanitarie è un problema particolarmente grave perché impatta molto sulla capacità di prevenire la malattia, o sulla tempestività della sua diagnosi. Nella fascia di età 45-64 anni le rinunce ad almeno una prestazione sanitaria sono il 12% tra coloro che hanno completato la scuola dell'obbligo e il 7% tra i laureati. La rinuncia per motivi economici tra le persone con livello di studio basso è del 69%, mentre tra i laureati tale quota si ferma al 34%.

In tema di disuguaglianze di salute è interessante effettuare un confronto con altri Paesi dell'Unione Europea, in particolare con quelli che adottano uno dei due principali modelli sanitari: Beveridge (Italia e Nord Europa) e Bismarck (Mitteleuropa).

Dall'analisi emerge molto chiaramente che le disuguaglianze maggiori rispetto al livello d'istruzione si riscontrano per i sistemi sanitari di tipo mutualistico dove si osserva che la quota di persone che sono in cattive condizioni di salute è di circa il 15% più elevata tra coloro che hanno titoli di studio più bassi (Tabella 6).

TABELLA 6

Percentuale di persone che dichiarano di stare male o molto male nella classe di età 25-64 anni rispetto alla tipologia del sistema sanitario e titolo di studio – Anno 2015.

	Fino alla licenza media (1)	Laurea e oltre (2)	Diff (1)-(2)
Bismarck			
Paesi Bassi	18,1	3,2	14,9
Svizzera	10,7	1,7	9,0
Lussemburgo	14,6	1,5	13,1
Germania	17,3	2,9	14,4
Austria	17,1	3,5	13,6
Beveridge			
Norvegia	12,1	2,9	9,2
Finlandia	9,5	1,6	7,9
Danimarca	17,1	4,4	12,7
Islanda	10,8	2,2	8,6
Svezia	6,9	2,4	4,5
Italia	9,7	3,1	6,6

Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane – 2019

Il nostro Paese è quello che ha il livello di disuguaglianza minore dopo la Svezia, avendo 6,6 punti percentuali di differenza tra i meno e i più istruiti.

Questa evidenza ci spinge a dire che, nonostante i divari appena rilevati, il modello italiano è comunque tra i migliori anche in considerazione della maggiore longevità di cui godono i nostri concittadini.

La sfida futura del SSN sarà quindi quella di contrastare le persistenti disuguaglianze con interventi mirati e politiche urgenti.

È successo, infatti, che gli interventi siano stati vanificati da atteggiamenti e comportamenti regionali spesso sbagliati, mai strutturali, del tipo “mordi e fuggi” che ne hanno ridotto gli effetti attesi.

Non meno rilevante è la lotta contro la povertà e la deprivazione che deve essere un obiettivo ineludibile di tutte le politiche di welfare, anche per migliorarne l'efficacia, vista la stretta relazione tra la condizione economica e la salute.

Un altro punto su cui occorre riflettere riguarda l'allocazione del finanziamento alle Regioni. Non è da escludere, infatti, che i divari territoriali possano discendere in parte da una divisione del Fondo sanitario non coerente con i bisogni di salute della popolazione.

Non sembra plausibile dunque che Regioni come la Campania e la Calabria ricevano minori finanziamenti pur manifestando condizioni di salute peggiori di altre Aree del Paese.

Il tema delle disuguaglianze di salute s'intreccia, per quanto detto in precedenza sulla compatibilità delle risorse finanziarie con i vincoli del bilancio pubblico, con quello della sostenibilità economica che resta uno dei punti al centro delle riflessioni della politica e degli addetti ai lavori.

Le soluzioni che circolano poggiano sull'ingresso dei fondi sanitari privati e su forme di welfare aziendale in grado di affiancare lo Stato per questa importante funzione. Questa suggestione se da un lato potrebbe rappresentare una facile soluzione per il futuro, dall'altro apre interrogativi sui quali vale la pena di riflettere.

In particolare, se i fondi sanitari debbano avere un ruolo sostitutivo o complementare nella sanità pubblica. Una scelta che secondo alcuni potrebbe, da un lato, risolvere la sostenibilità della spesa sanitaria pubblica, mentre secondo noi andrebbe inevitabilmente ad acuire le differenze sociali nella salute dei cittadini. I fondi sanitari furono introdotti dalla riforma Ter che aveva già previsto il ricorso a forme di integrazione per tutte quelle prestazioni sanitarie non comprese nella lista dei Lea ma comunque di rilevanza per l'assistenza del cittadino, e quindi già preventivata come funzione complementare di affiancamento al finanziamento pubblico.

Nonostante si sia già provato, nel 1992 con la 502, ad introdurre forme assicurative sanitarie con risultati fallimentari, queste vengono riproposte con la finalità di intermediare i 35 miliardi di spesa sanitaria privata ed eventualmente sostituire, almeno in parte, una quota di quella che attualmente è a carico della finanza pubblica e della fiscalità generale. I problemi che si porrebbero con il sistema assicurativo sono legati al fatto che le compagnie di assicurazione, essendo a scopo di lucro, hanno interesse a guadagnare. Già adesso, che sono complementari, propongono polizze con premi elevati figuriamoci se dovessero diventare sostitutive del SSN considerato il numero di cittadini a rischio quali i cronici.

Si prospetterebbe, quindi, un'assistenza sanitaria di qualità differenziata a seconda dei premi assicurativi che le persone sono in grado di pagare, oppure si potrebbero generare differenze tra i lavoratori coperti o meno da forme di welfare aziendale. In altre parole, l'introduzione di fondi sanitari di natura sostitutiva finirebbe per acuire le forti disuguaglianze sociali di cui già soffre il settore.

In conclusione il quadro presentato, più che un reale problema di sostenibilità economica, rappresenta un elemento di preoccupazione per la sostenibilità politica del nostro Servizio sanitario nazionale poiché i persistenti divari sociali che lo caratterizzano, potrebbero far vacillare il principio di solidarietà che ispira il nostro welfare, contrapponendo gli interessi di fasce di popolazione insofferenti per la crescente pressione fiscale, a quelli delle fasce sociali più deboli che sperimentano peggiori condizioni di salute e difficoltà di accesso alle cure pubbliche.

È opportuno, infine, sottolineare che pur con le problematiche rappresentate, per adesso, il Servizio sanitario nazionale resta una dei migliori in Europa in termini di efficacia, nonostante le risorse impegnate siano tra le più basse registrate nell'Ue. Pertanto è necessario attuare tutti gli sforzi necessari per preservare il nostro Servizio sanitario e renderlo più equo e sostenibile mantenendone gli attuali standard.

LA MOBILITÀ SANITARIA

I cittadini, che subiscono attese interminabili a causa della carenza di strutture sul territorio, sono spesso obbligati ad organizzarsi in modo autonomo per una visita e/o per provvedere all'assistenza del proprio familiare. Un "D.M. 70 del territorio" avrebbe potuto rappresentare lo stimolo per il potenziamento degli ambulatori territoriali. Accelerando il processo aggregativo tra professionisti, la creazione di "Equipe del territorio (AFT – UCCP)", la "costruzione" della presa in carico con i PDTA e di una rete di strutture intermedie. Incastrandosi a perfezione con i processi di chiusura e riconversione dei piccoli ospedali, riduzione e razionalizzazione dei posti letto di ricovero, deospedalizzazione.

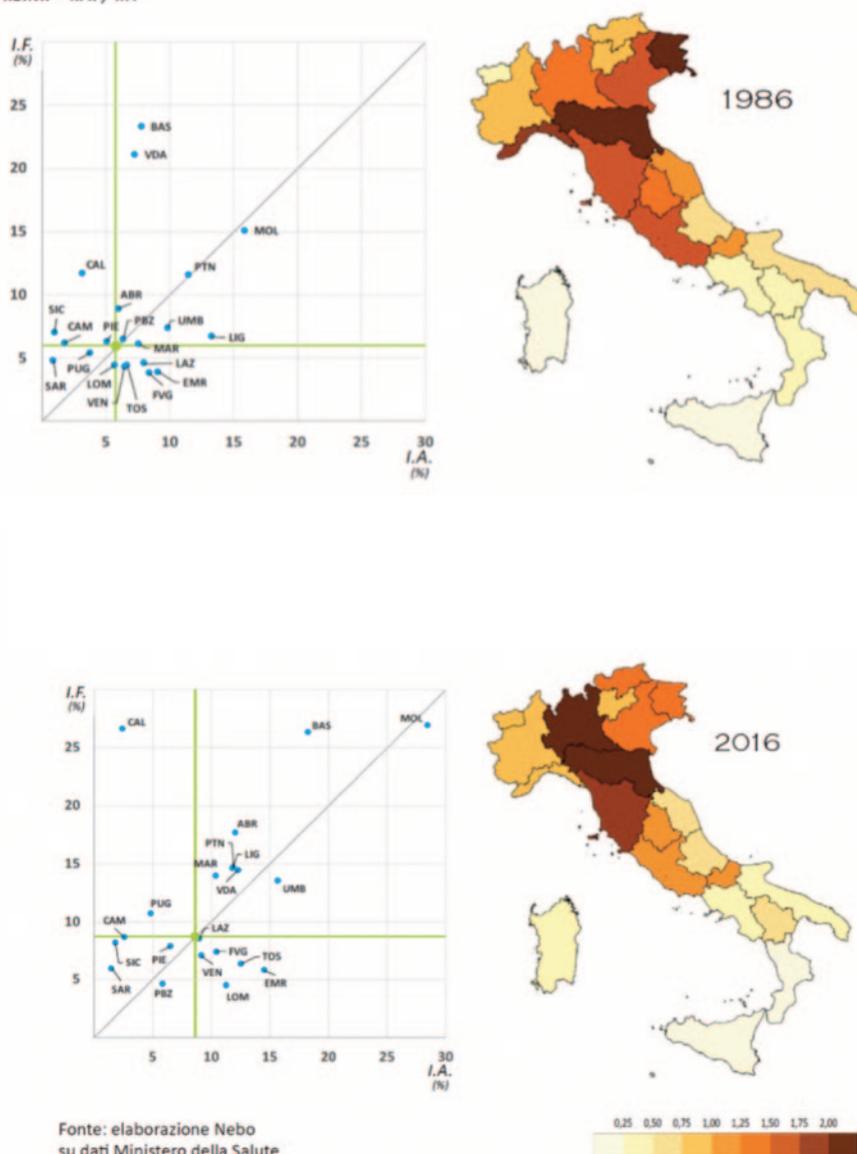
Introdotta nella metodologia per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale con la legge 595/85, la misura della mobilità interregionale, già dal 1986, rileva una migrazione di pazienti da sud verso nord. Fenomeno ancora più netto nel 2018. Le figure della tavola sulla mobilità interregionale lasciano chiaramente vedere come, dal 1986 al 2016, la mobilità dei pazienti fra le regioni sia aumentata e le realtà locali si siano maggiormente distanziate dal baricentro nazionale. Nei quadranti in basso a sinistra dei grafici a dispersione si collocano le regioni che più che compensano la fuga di pazienti verso altre regioni con quelli invece in arrivo, viceversa nei quadranti in alto a sinistra.

TAVOLA MOBILITÀ INTERREGIONALE

Tavola 2.6

Mobilità interregionale - Indice di attrazione (I.A.) vs indice di fuga (I.F.) e cartogrammi dell'indice sintetico di mobilità (I.S.M.)

I.A. = ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni / totale dei ricoveri sul territorio regionale (%)
I.F. = ricoveri in altre regioni di pazienti della regione / totale dei ricoveri di residenti della regione (%)
I.S.M. = I.A. / I.F.



Fra tutte: la Calabria ha più che raddoppiato l'indice di fuga, mantenendo un indice minimo di attrazione; la Lombardia, al contrario, ha raddoppiato l'indice di attrazione conservando il medesimo livello di fuga del 1986.

Ma andiamo con ordine il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'assistenza ai cittadini iscritti presso le aziende sanitarie locali della propria Regione di residenza. Il cittadino può tuttavia esercitare il diritto di essere assistito anche in strutture sani-

tarie di altre Regioni, fenomeno descritto come mobilità sanitaria interregionale da cui esulano invece la mobilità intra-regionale (tra strutture differenti della stessa Regione) e la mobilità transfrontaliera (prestazioni erogate all'estero).

La mobilità attiva esprime l'indice di attrazione di una Regione, identificando le prestazioni sanitarie offerte a cittadini non residenti. La mobilità passiva esprime l'indice di fuga da una Regione, identificando le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza.

Il confronto tra l'indice di attrazione e quello di fuga fornisce un quadro sia dell'efficacia ed efficienza di ciascun Servizio Sanitario Regionale nel rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente, sia indirettamente della qualità percepita dai cittadini rispetto ai servizi sanitari erogati.

In particolare, i flussi relativi alla mobilità per ricovero ordinario e in *day-hospital* possono essere "fisiologici" o "patologici".

Quelli "fisiologici" conseguono alla configurazione della rete ospedaliera, in particolare alla variabilità dell'offerta regionale delle varie specializzazioni e all'attuazione del D.M. 70/2015 che prevede specialità con bacini di utenza che si estendono al di là i confini regionali, oltre che alimentati dalla mobilità di confine e da quella fittizia, conseguente ai mancati cambi di residenza.

I flussi "patologici", invece, derivano dalla scarsa accessibilità (lunghezza delle liste di attesa) e/o della qualità delle cure (dati del Programma Nazionale Esiti) nelle Regioni di residenza e generano gravi iniquità, visto che solo pazienti con reddito medio-alto sono in grado di sostenere i costi delle trasferte.

Dal punto di vista economico, la mobilità attiva rappresenta per le Regioni una voce di credito, mentre quella passiva una voce di debito; ogni anno infatti, la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata da quella di residenza del cittadino.

Le "regole tecniche" dell'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, approvato lo scorso 20 giugno dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, hanno uniformato la procedura per la trasmissione di dati, definito tempi per l'invio, le contestazioni e le controdeduzioni e individuato i tracciati record per i 7 flussi finanziari che corrispondono ad altrettante tipologie di prestazioni erogate:

- A. Ricoveri ospedalieri e day hospital differenziati per pubblico e privato**
- B. Medicina generale**
- C. Specialistica ambulatoriale**
- D. Farmaceutica**
- E. Cure termali**
- F. Somministrazione diretta di farmaci**
- G. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso**

Tutte le prestazioni incluse nei LEA, ma non elencate tra quelle in compensazione, devono essere addebitate tramite fatturazione diretta eventualmente preceduta da una comunicazione alla USL di residenza del soggetto.

Attualmente sono disponibili solo i dati economici aggregati in crediti, debiti e relativi saldi quale parte integrante dell'Intesa Stato-Regioni del 6 giugno scorso sulla proposta di riparto delle risorse per il 2019. Viceversa, non sono pubblici i riepiloghi dei valori finanziari delle prestazioni erogate da ciascuna Regione e trasmessi al Ministero della Salute. Di conseguenza, si può solo effettuare una valutazione quantitativa di crediti, debiti e saldi della mobilità sanitaria relativi all'anno 2017 visto che,

secondo quanto riportato dalla suddetta Intesa Stato-Regioni: “i valori di mobilità interregionale per l’anno 2019 sono calcolati sulla base delle matrici di mobilità 2017, approvata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 13 febbraio 2019”. Inoltre, i dati relativi alla mobilità sanitaria vengono analizzati e interpretati con l’indicatore del “saldo pro-capite della mobilità sanitaria” già elaborato in un apposito report dalla Fondazione GIMBE. La Legge di Bilancio 2019 ha subordinato l’incremento del fabbisogno sanitario nazionale (2 miliardi nel 2020 e ulteriori 1,5 miliardi nel 2021) alla stipula di una Intesa Stato-Regioni per il Patto per la Salute 2019-2021 che deve contemplare varie “misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi”.

La scadenza per la sottoscrizione del Patto era fissata al 31 marzo, ma la “fase esplorativa” si è dilatata eccessivamente e solo il 22 maggio 2019 l’ex Ministro della Salute, Giulia Grillo, ha convocato gli 11 tavoli di lavoro per la sua stesura, uno dei quali riguarda proprio la mobilità sanitaria. L’articolo 6 della bozza del Patto per la Salute 2019-2021, infatti, si propone di analizzare le dinamiche del fenomeno della mobilità sanitaria e di mettere in campo numerose azioni per migliorarne la *governance*.

Nel 2017 il valore della mobilità sanitaria ammontava a € 4.578,5 milioni. La tabella 6 riporta i valori in termini di crediti, debiti e saldi per le 19 Regioni e le 2 Province autonome, oltre che – secondo quanto previsto dai criteri di riparto – per l’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) e per l’Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM).

TABELLA 6

Regione	Crediti	Debiti	Saldo
Piemonte	€ 238.431.764	€ 284.914.516	-€ 46.482.752
Valle d'Aosta	€ 14.073.491	€ 15.464.094	-€ 1.390.603
Lombardia	€ 1.166.861.670	€ 362.272.068	€ 804.589.602
Prov. Aut. di Bolzano	€ 30.289.896	€ 29.504.983	€ 784.913
Prov. Aut. di Trento	€ 65.110.478	€ 63.854.358	€ 1.256.120
Veneto	€ 394.755.443	€ 256.581.537	€ 138.173.906
Friuli Venezia Giulia	€ 90.095.407	€ 83.217.135	€ 6.878.272
Liguria	€ 145.821.726	€ 220.474.220	-€ 74.652.494
Emilia Romagna	€ 578.472.252	€ 276.034.299	€ 302.437.953
Toscana	€ 344.680.232	€ 205.343.316	€ 139.336.916
Umbria	€ 95.420.927	€ 102.250.031	-€ 6.829.104
Marche	€ 136.191.389	€ 174.576.499	-€ 38.385.110

Regione	Crediti	Debiti	Saldo
Lazio	€ 359.359.884	€ 603.249.268	-€ 243.889.384
Abruzzo	€ 118.510.798	€ 200.293.861	-€ 81.783.063
Molise	€ 98.091.281	€ 76.316.225	€ 21.775.056
Campania	€ 149.898.332	€ 473.307.143	-€ 323.408.811
Puglia	€ 133.392.817	€ 340.048.675	-€ 206.655.858
Basilicata	€ 53.698.777	€ 108.904.176	-€ 55.205.399
Calabria	€ 26.641.361	€ 304.858.262	-€ 278.216.901
Sicilia	€ 60.918.019	€ 298.326.171	-€ 237.408.152
Sardegna	€ 20.645.618	€ 98.569.604	-€ 77.923.986
OPBG	€ 217.440.340	€ 156.553	€ 217.283.787
ACISMOM	€ 39.715.093	€ 0	€ 39.715.093
Totale	€ 4.578.516.995	€ 4.578.516.995	€ 0

Fonte: Report Osservatorio GIMBE 6/2019 - mobilità sanitaria interregionale 2017

I saldi approvati con l'Intesa Stato-Regioni del 6 giugno 2019 differiscono in quanto contabilizzano gli accordi sui conguagli e partite regolatorie rimaste in sospeso relativi agli anni precedenti (Tabella 7).

TABELLA 7

Regione	Conguagli	Saldo
Piemonte	-€ 4.505.926	-€ 50.988.678
Valle d'Aosta	-€ 407.934	-€ 1.798.537
Lombardia	-€ 20.528.459	€ 784.061.143
Prov. Aut. di Bolzano	€ 341.436	€ 1.126.349
Prov. Aut. di Trento	-€ 1.341.959	-€ 85.839
Veneto	€ 4.969.132	€ 143.143.038
Friuli Venezia Giulia	-€ 822.986	€ 6.055.286
Liguria	€ 3.411.217	-€ 71.241.277
Emilia Romagna	€ 5.083.915	€ 307.521.868
Toscana	€ 4.771	€ 139.341.687
Umbria	€ 2.656.105	-€ 4.172.999
Marche	-€ 4.593.666	-€ 42.978.776

Regione	Conguagli	Saldo
Lazio	€ 4.481.511	-€ 239.407.873
Abruzzo	€ 1.819.048	-€ 79.964.015
Molise	-€ 1.602.444	€ 20.172.612
Campania	€ 5.379.729	-€ 318.029.082
Puglia	€ 5.321.140	-€ 201.334.718
Basilicata	€ 1.892.575	-€ 53.312.824
Calabria	-€ 2.829.406	-€ 281.046.307
Sicilia	€ 526.502	-€ 236.881.650
Sardegna	€ 745.699	-€ 77.178.287
OPBG	€ 0	€ 217.283.787
ACISMOM	€ 0	€ 39.715.093

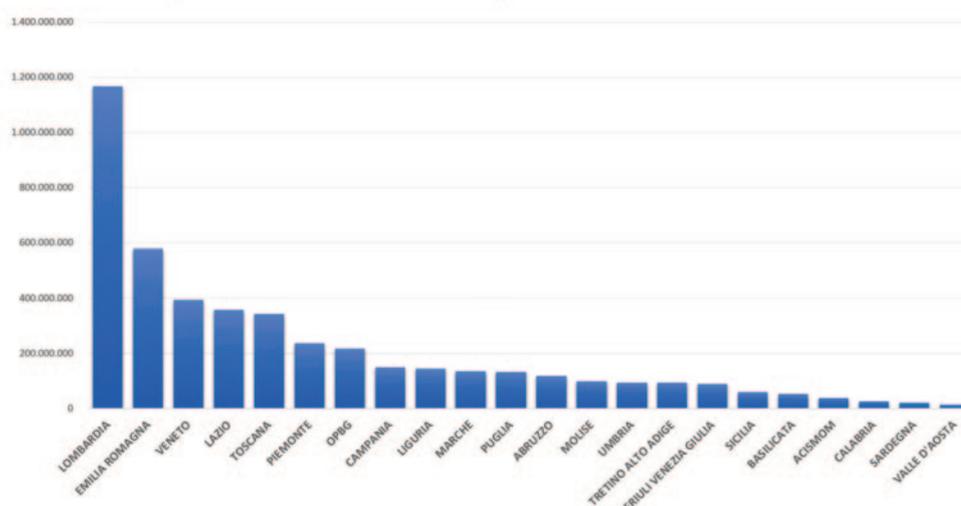
Mobilità sanitaria 2017: saldi approvati riparto 2019

Fonte: Report Osservatorio GIMBE 6/2019 - mobilità sanitaria interregionale 2017

La mobilità sanitaria attiva, come abbiamo già detto identifica le prestazioni erogate da ciascuna Regione per cittadini non residenti: in termini di *performance* esprime il cosiddetto “indice di attrazione” e in termini economici identifica i crediti esigibili da ciascuna Regione (Grafico 16).

GRAFICO 16

Crediti Regionali e OPBG e ACISMOM per mobilità sanitaria attiva – Anno 2017



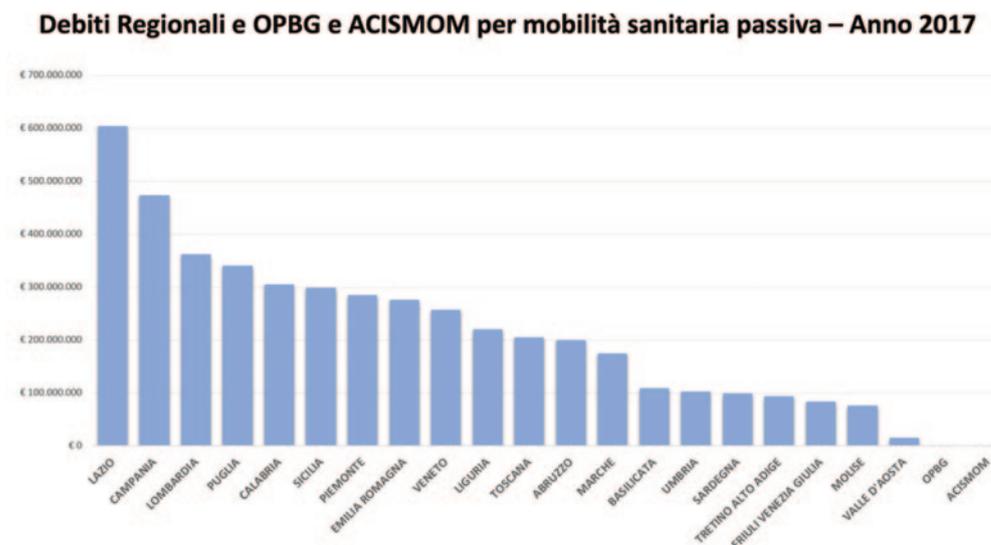
Fonte: Report Osservatorio GIMBE 6/2019 - mobilità sanitaria interregionale 2017

Le 6 Regioni con maggiori capacità di attrazione vantano crediti superiori a € 200 milioni: in testa Lombardia (25,5%) ed Emilia Romagna (12,6%) che insieme contribuiscono ad oltre 1/3 della mobilità attiva. Un ulteriore 29,2% viene attratto da Veneto (8,6%), Lazio (7,8%), Toscana (7,5%) e Piemonte (5,2%). Il rimanente 32,7% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre 15 Regioni, oltre che all'OPBG (€ 217,4 milioni) e all'ACISMOM (€ 39,7 riportati nel grafico 14).

I dati documentano la forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord a cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud, con la sola eccezione del Lazio.

La mobilità sanitaria passiva identifica le prestazioni erogate ai cittadini al di fuori della Regione di residenza, in termini di *performance* esprime il cosiddetto "indice di fuga" e in termini economici identifica i debiti di ciascuna Regione (Grafico 17).

GRAFICO 17



Fonte: Report Osservatorio GIMBE 6/2019 - mobilità sanitaria interregionale 2017

Le 6 Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni: in testa Lazio (13,2%) e Campania (10,3%) che insieme contribuiscono a circa 1/4 della mobilità passiva; un ulteriore 28,5% riguarda Lombardia (7,9%), Puglia (7,4%), Calabria (6,7%), Sicilia (6,5%).

Il restante 48% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 15 Regioni.

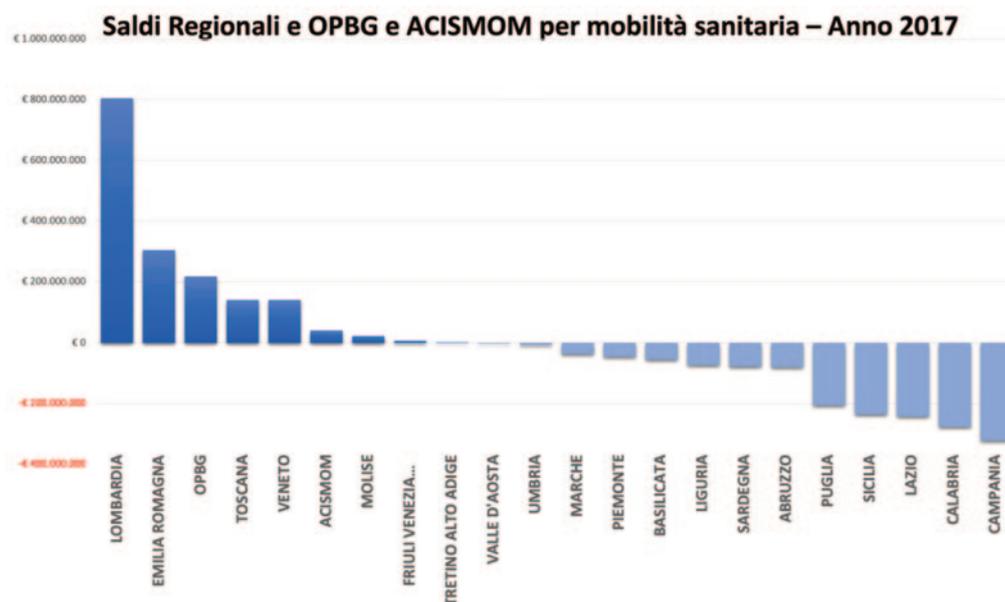
I dati della mobilità passiva documentano differenze più sfumate tra Nord e Sud.

In particolare, se quasi tutte le Regioni del Sud hanno elevati indici di fuga, questi sono rilevanti anche in tutte le grandi Regioni del Nord con elevata mobilità attiva: Lombardia (-362,3 milioni), Piemonte (-284,9 milioni), Emilia Romagna (-276 milioni), Veneto (-256,6 milioni) e Toscana (-205,3 milioni).

Verosimilmente questo documenta specifiche preferenze dei cittadini agevolate dalla facilità di spostamento tra Regioni del Nord con elevata qualità dei servizi sanitari (cd. mobilità di prossimità).

Concludendo la differenza tra crediti (frutto della mobilità attiva), e debiti (conseguenza della mobilità passiva), determina il saldo di ciascuna Regione (Grafico 18).

GRAFICO 18



Fonte: Report Osservatorio GIMBE 6/2019 - mobilità sanitaria interregionale 2017

Come sopra descritto, in occasione dell'accordo per il riparto del fabbisogno sanitario nazionale la mera differenza tra crediti e debiti è stata compensata tramite conguagli (Tabella 8). Rispetto all'entità e alla direzione del saldo 2017, le Regioni sono state suddivise in sei categorie, da cui risulta che quelle con saldo positivo rilevante sono tutte del Nord, mentre le Regioni con saldo negativo rilevante tutte del Centro-Sud (Tabella 8, Grafico 19).

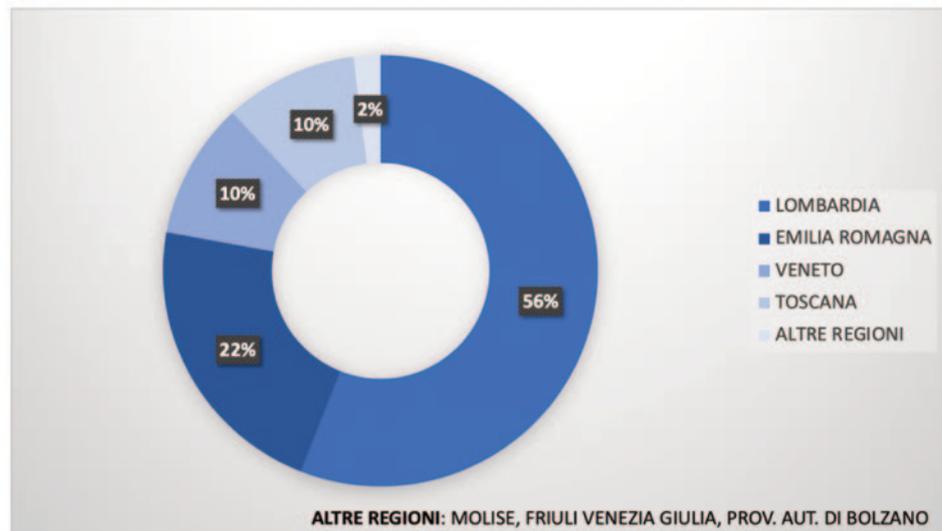
TABELLA 8

Categoria saldo	Range saldo (in milioni)	Regione	Saldo (in milioni)
Positivo rilevante	Oltre € 100	Lombardia	€ 784,1
		Emilia Romagna	€ 307,5
		Veneto	€ 143,1
		Toscana	€ 139,3
Positivo moderato	Da € 25,1 a € 100	-	-
Positivo minimo	Da € 0,1 a € 25	Molise	€ 20,2
		Friuli Venezia Giulia	€ 6,1
		Prov. Aut. di Bolzano	€ 1,1
Negativo minimo	Da -€ 0,1 a -€ 25	Prov. Aut. di Trento	-€ 0,1
		Valle d'Aosta	-€ 1,8
		Umbria	-€ 4,2
		Marche	-€ 43,0
Negativo moderato	Da -€ 25,1 a -€ 100	Piemonte	-€ 51,0
		Basilicata	-€ 53,3
		Liguria	-€ 71,2
		Sardegna	-€ 77,2
		Abruzzo	-€ 80,0
		Puglia	-€ 201,3
Negativo rilevante	Oltre -€ 100	Sicilia	-€ 236,9
		Lazio	-€ 239,4
		Calabria	-€ 281,1
		Campania	-€ 318,0

La distribuzione del saldo attivo 2017 dimostra che il 98% si concentra in sole 4 Regioni e l'88% in Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, ovvero quelle in dirittura d'arrivo per ottenere maggiori autonomie con il regionalismo differenziato (Grafico 19).

GRAFICO 19

Regioni con saldo attivo per mobilità sanitaria regionale anno 2017

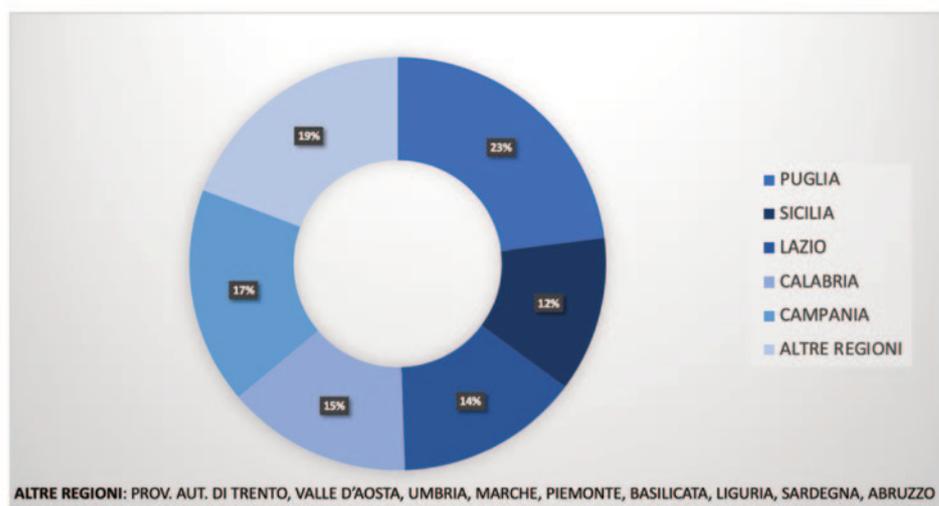


Fonte: Report Osservatorio GIMBE 6/2019 - mobilità sanitaria interregionale 2017

Anche se la distribuzione del saldo passivo 2017 risulta maggiormente dispersa il 77% si concentra in 5 Regioni del Centro-Sud (Grafico 20).

GRAFICO 20

Regioni con saldo passivo per mobilità sanitaria regionale anno 2017



Fonte: Report Osservatorio GIMBE 6/2019 - mobilità sanitaria interregionale 2017

Il valore della mobilità sanitaria regionale nel 2017 supera i 4.578,5 milioni di euro. Una percentuale apparentemente contenuta (4%) della spesa sanitaria totale (113.131 milioni), ma che assume particolare rilevanza per tre ragioni fondamentali. Innanzitutto per l'impatto sull'equilibrio finanziario di alcune Regioni, sia in saldo positivo (es. Lombardia + € 784 milioni), sia in saldo negativo (es. Calabria -€ 281 milioni; Campania -€ 318); in secondo luogo, per la dispersione di risorse pubbliche e private nelle Regioni con offerta carente di servizi; infine, per l'aumento di prestazioni inappropriate in particolare nelle strutture private accreditate.

Se i flussi economici della mobilità sanitaria scorrono prevalentemente da Sud a Nord, le analisi effettuate tenendo conto della popolazione residente dimostrano che tale constatazione è da un lato troppo semplicistica, dall'altro impossibile da approfondire perché i dati pubblicamente disponibili si limitano agli importi di crediti, debiti e saldi per ciascuna Regione. Infatti, l'ultima pubblicazione istituzionale sul tema della mobilità sanitaria risale al 2012 e il sito del ministero della Salute non prevede una sezione sulla mobilità regionale.

In ogni caso, rispetto all'impatto economico complessivo della mobilità sanitaria, rimangono impossibili da stimare sia i costi sostenuti da pazienti e familiari per gli spostamenti, sia quelli indiretti (assenze dal lavoro di familiari, permessi retribuiti), sia quelli conseguenti alla mancata esigibilità dei LEA territoriali e soprattutto socio-sanitari, diritti che appartengono alla vita quotidiana delle persone e non alla occasionalità di una prestazione.

LA SFIDA DELLA CRONICITÀ

Come dimostrato dagli indicatori, le patologie croniche l'anno scorso hanno interessato quasi il 40% della popolazione Italiana: cioè 24 milioni di italiani dei quali 12,5 milioni affetti da multi-cronicità. Numeri, questi, in costante e progressiva crescita che necessitano di un sempre più importante impegno di risorse sanitarie, economiche e sociali. L'aumento di questo fenomeno è connesso a fattori come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della sopravvivenza dovuti al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, al mutamento delle condizioni economiche e sociali, agli stili di vita, all'ambiente e alle nuove terapie.

L'aumento del numero delle persone affette da patologie croniche è anche un segno del successo del nostro SSN, come testimonia il fatto che il tasso di mortalità precoce è diminuito di circa il 20% negli ultimi 12 anni, passando da un valore di circa 290 a circa 230 per 10.000 persone.

Le proiezioni della cronicità indicano che nel 2028 il numero di malati cronici salirà a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni.

La patologia cronica più frequente sarà l'ipertensione, con quasi 12 milioni di persone affette, mentre l'artrosi/artrite interesserà 11 milioni di italiani. Per entrambe le patologie ci si attende 1 milione di malati in più rispetto al 2017. Tra 10 anni le persone affette da osteoporosi, invece, saranno 5,3 milioni, 500 mila in più rispetto al 2017.

Gli italiani affetti da diabete saranno 3,6 milioni, mentre i malati di cuore 2,7 milioni. Nel 2028, tra le persone nella fascia d'età 45-74 anni avremo 7 milioni di ipertesi, quelli affetti da artrosi/artrite saranno 6 milioni, i malati di osteoporosi 2,6 milioni, i malati di diabete circa 2 milioni e i malati di cuore più di 1 milione. Mentre tra gli ultra 75enni 4 milioni saranno affetti da ipertensione o artrosi/artrite, 2,5 milioni da

osteoporosi, 1,5 milioni da diabete e 1,3 milioni da patologie cardiache.

TABELLA 9

Tavola 1 - Persone (valori assoluti in migliaia) per presenza di patologie croniche e tipologia di patologia Anno 2017 e proiezioni anni 2028 e 2038

Tipologia di patologie	2017	2028	2038
Persone con almeno una malattia cronica	24.040	25.233	25.589
Persone con almeno due malattie croniche	12.578	13.907	14.673
Diabete	3.411	3.634	3.908
Iipertensione	10.702	11.846	12.523
Bronchite cronica	3.553	3.731	3.856
Artrosi/artrite	9.723	10.803	11.506
Osteoporosi	4.772	5.279	5.757
Malattie del cuore	2.499	2.689	2.926
Malattie allergiche	6.428	6.313	5.940
Disturbi nervosi	2.732	2.925	2.978
Ulcera gastrica o duodenale	1.435	1.586	1.611

Fonte dei dati: Elaborazioni Osservasalute su dati Istat - Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2017.

Come dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie croniche sono “problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni” e richiederanno l'impegno di circa il 70-80% delle risorse sanitarie. Una sfida che se non affrontata immediatamente ed in modo corretto, trovando le giuste soluzioni, metterà a dura prova la sostenibilità del nostro SSN.

IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (PNC)

Di fronte a questa allarmante prospettiva di un aumento della domanda di salute, (se ne parla ormai da oltre 10 anni) il SSN dovrebbe finalmente porre le basi per attuare un cambiamento indirizzato a una appropriata ed equa gestione della cronicità in tutte le Regioni, così come inizialmente proposto dalla 189/2012 (DI Balduzzi) e riproposto con delle necessarie correzioni nel Piano Nazionale della Cronicità, documento non ancora recepito da tutte le realtà regionali.

Il PNC nasce dall'esigenza di armonizzare, a livello nazionale, le attività di ogni singola Regione nella gestione della cronicità con l'intento di promuovere interventi, basati sull'unitarietà di approccio, centrati sulla persona e orientati verso una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.

Il Piano Nazionale, sul territorio, propone la presa in carico da parte di aggregazioni mono professionali, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e degli Specialisti ambulatoriali interni (gli unici che le hanno già normate nei propri Accordi Collettivi Nazionali sia nel 2015 che nel 2019), e multi professionali le UCCP (Specialisti Ambulatoriali Interni, MMG, PLS ed altre professionalità sanitarie). Cioè quei modelli organizzativi centrati sulle cure territoriali e domiciliari, integrate, e del post-dimissione e delegando all'assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori

sanitari delle cure primarie.

La **“presa in carico”** del cittadino dovrebbe avvenire sulla base di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali delineati per ogni patologia, quindi gestiti sul territorio, di prossimità, da equipe di specialisti ambulatoriali interni attivati dalla MMG e dalla PLS, che operano vicino al luogo di vita e di lavoro del cittadino, tenendo sempre in considerazione le peculiarità di ogni singolo Paziente.

Questo approccio dovrebbe avere l'obiettivo di offrire ad ogni paziente le cure appropriate al momento giusto e nel luogo giusto, ricevendo l'assistenza di operatori sanitari che, per ruolo e competenze, possono prenderlo in cura affrontando e risolvendo i problemi di salute con un approccio sistemico e multidimensionale.

“Il quadro che si dovrebbe prospettare imporrebbe, oltre che un nuovo approccio sistemico per l'assistenza ai malati cronici, un cambio di passo delle politiche di prevenzione poiché la sostenibilità della salute dei prossimi anni si gioca sulla capacità di resilienza con azioni proattive delle Istituzioni e dei cittadini in termini di promozione di stili di vita salutari e di prevenzione di secondo livello”.

L'INDICATORE TICKET RIVELA CHE LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRODUCE ATTIVO

La compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini, originariamente introdotta con l'obiettivo di moderare i consumi, si è progressivamente trasformata in un consistente capitolo di entrate per le Regioni in un periodo storico segnato dall'imponente de-finanziamento pubblico del Servizio Sanitario Nazionale.

Tuttavia il livello di autonomia con cui le Regioni hanno introdotto sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria ha generato una vera e propria “giungla dei ticket”.

Le differenze regionali riguardano sia le prestazioni su cui vengono applicati (farmaci, prestazioni ambulatoriali e specialistiche, pronto soccorso, etc.), sia gli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere, sia le regole utilizzate per definire le esenzioni.

Se le modalità di applicazione dei ticket sui farmaci vengono costantemente monitorate e aggiornate da Federfarma, per le prestazioni specialistiche le informazioni sono disponibili solo sui siti web delle singole Regioni.

Il Rapporto 2019 della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica e il Rapporto OSMED 2018 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) hanno comunque fornito i dati definitivi sulla compartecipazione alla spesa dei cittadini relativi all'anno 2018. Il presente report analizza in dettaglio composizione e differenze regionali della compartecipazione alla spesa sanitaria che nel 2018 ha raggiunto 2.968 milioni di cui:

1.609 milioni per i farmaci;

1.359 milioni per le prestazioni specialistiche, incluse quelle di pronto soccorso (44,2 milioni) e altre prestazioni (16,6 milioni) (grafico 21).

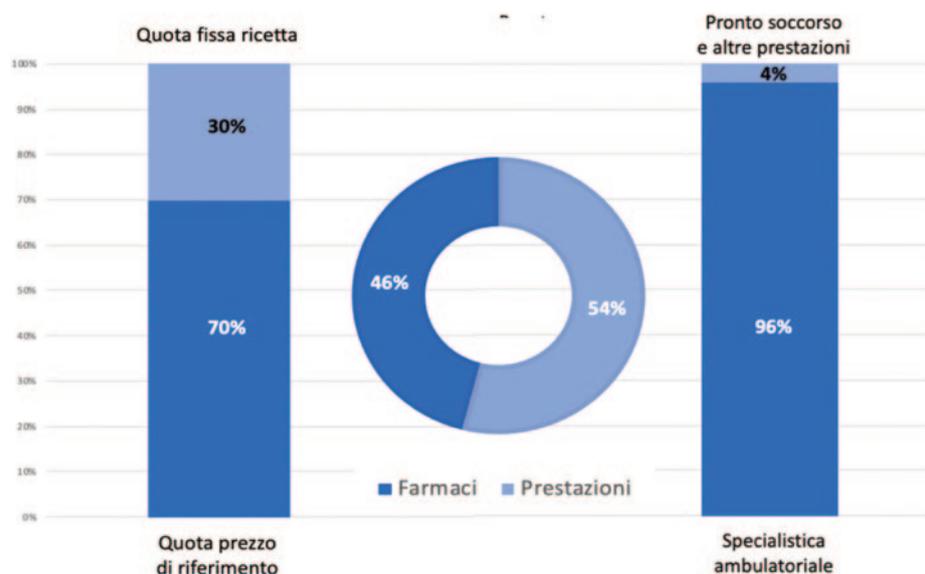
Tali importi corrispondono ad una quota pro-capite di € 49,1 di cui:

€ 26,6 per i farmaci

€ 22,5 per le prestazioni specialistiche.

GRAFICO 21

Ripartizione percentuale della compartecipazione alla spesa sanitaria 2018

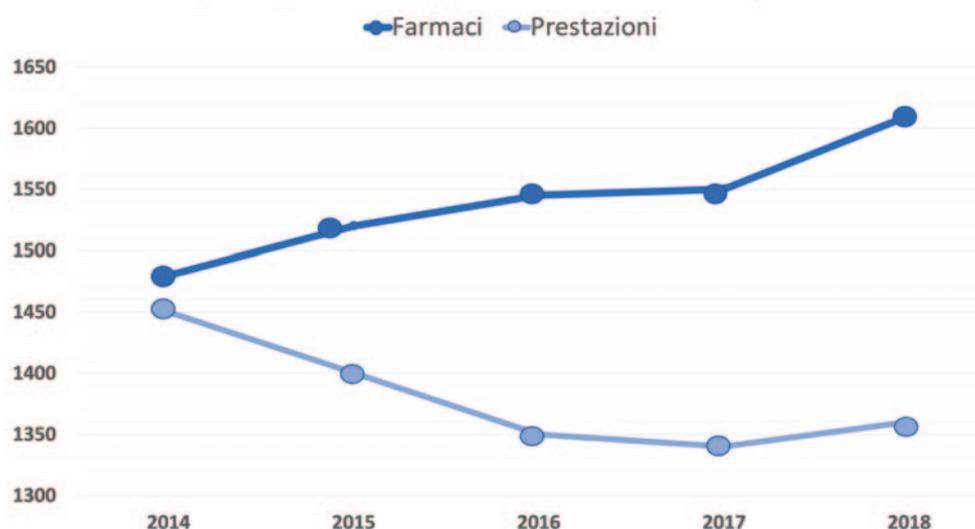


Secondo i dati della Corte dei Conti l'entità della compartecipazione alla spesa nel periodo 2014-2018 si è mantenuta relativamente costante: 2.883,5 milioni nel 2014; 2.925,3 milioni nel 2015; 2.885,5 milioni nel 2016; 2.884,6 milioni nel 2017 e 2.968 milioni nel 2018.

Tuttavia, se nel 2014 le spese per farmaci e specialistica erano sovrapponibili, negli anni successivi si è determinata una progressiva ricomposizione percentuale (grafico 21), conseguente alla riduzione della spesa per i ticket sulle prestazioni (-6,1%) e al contemporaneo aumento di quella per i ticket sui farmaci (+12%).

GRAFICO 22

Trend di compartecipazione alla spesa sanitaria 2014 – 2018 (dati in milioni di €)



La Legge di Bilancio 2018, (commi 804 e 805), ha stanziato 60 milioni per avviare una parziale riduzione del superticket per la specialistica ambulatoriale con l'obiettivo di "conseguire una maggiore equità e agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte di specifiche categorie di soggetti vulnerabili" che, allo stato attuale, potrebbero essere non esenti e pagare la quota fissa.

Bisogna però dire che, una volta abolito il ticket, occorre poi trovare gli specialisti negli ambulatori.

Dopo oltre un anno di confronto sulle modalità di riparto del fondo per il superticket, il 13 dicembre 2018 è finalmente arrivato il via libera da parte della Conferenza Stato Regioni. Rispetto al testo iniziale è stata concordata una ripartizione dell'80% delle risorse (48 milioni) tra tutte le Regioni, mentre il restante 20% (12 milioni) tra quelle che avevano già adottato misure alternative, ovvero Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Basilicata. Il decreto sul riparto dei 60 milioni per la riduzione del superticket è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 3 maggio 2019 (grafico 22).

TABELLA 10

Riparto del fondo di 60 milioni per la riduzione del superticket *

Regioni	Ripartizione 80%	Ripartizione 20%	Totale	Totale (%)
Piemonte	€ 3.982.920	€ 2.203.701	€ 6.186.621	10,3%
Lombardia	€ 8.890.331	€ 1.566.504	€ 10.456.835	17,4%
Veneto	€ 4.363.833	€ 2.515.469	€ 6.879.302	11,5%
Liguria	€ 1.455.203	€ 0	€ 1.455.203	2,4%
Emilia Romagna	€ 3.997.327	€ 3.453.599	€ 7.450.926	12,4%
Toscana	€ 3.394.028	€ 1.510.860	€ 4.904.888	8,2%
Umbria	€ 805.113	€ 396.160	€ 1.201.273	2%
Marche	€ 1.386.531	€ 0	€ 1.386.531	2,3%
Lazio	€ 5.201.133	€ 0	€ 5.201.133	8,7%
Abruzzo	€ 1.183.671	€ 0	€ 1.183.671	2%
Molise	€ 279.439	€ 0	€ 279.439	0,5%
Campania	€ 5.008.772	€ 0	€ 5.008.772	8,3%
Puglia	€ 3.572.138	€ 0	€ 3.572.138	6%
Basilicata	€ 507.108	€ 353.707	€ 860.815	1,4%
Calabria	€ 1.724.291	€ 0	€ 1.724.291	2,9%
Sicilia	€ 2.248.162	€ 0	€ 2.248.162	3,7%
TOTALE	€ 48.000.000	€ 12.000.000	€ 60.000.000	100%

Senza entrare nel merito delle modalità di riparto, si rileva che non è prevista alcuna modalità di monitoraggio da parte dello Stato per verificare se le risorse distribuite alle Regioni vengano realmente destinate alla riduzione del superticket, in particolare a favore dei soggetti più vulnerabili.

La Legge di Bilancio 2019, comma 416, ha incluso “la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell’accesso alle cure” tra le misure di programmazione e miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi contemplate dal Patto per la Salute 2019-2021, in corso di stesura.

Concludendo, se la revisione dei criteri di compartecipazione alla spesa sanitaria rappresenta un obiettivo fissato dalla Legge di Bilancio 2019, oltre che una priorità per il SSN, le analisi effettuate dimostrano che l’eterogeneità regionali relative alle tipologie di ticket (prestazioni specialistiche vs farmaci, quota ricetta fissa vs quota prezzo di riferimento), richiedono azioni differenziate. Innanzitutto, dal punto di vista dell’equità è indispensabile uniformare a livello nazionale sia i criteri per la compartecipazione alla spesa sanitaria, sia le regole per definire le esenzioni.

In secondo luogo, anche al fine di arginare “fughe” verso il privato per le prestazioni specialistiche, occorre superare definitivamente il superticket prevedendo al contempo l’assunzione di specialisti ambulatoriali per soddisfare la domanda di prestazioni specialistiche il cui impatto sembra di gran lunga inferiore alle stime iniziali. Infine, occorre urgentemente mettere in campo azioni concrete per aumentare l’utilizzo dei farmaci equivalenti in particolare nelle Regioni del Centro-Sud, visto che la preferenza per i farmaci brand oggi “pesa” per il 38% della cifra totale sborsata dai cittadini per i ticket e per il 70% della compartecipazione per i farmaci.

LA CHIUSURA DI TRE ACN

In questo ultimo anno abbiamo chiuso tre importanti accordi collettivi nazionali: il primo, con l'INAIL, il 21 febbraio 2019, a completamento di quello siglato il 15 maggio 2018 per il riconoscimento economico degli arretrati previsti nell'ACN del marzo 2018. Il secondo, l'ACN 2016-2019 della specialistica ambulatoriale interna e delle altre professioni sanitarie, firmato con la SISAC il 25 giugno 2019, e quello con il Ministero della Salute per il SASN appena chiuso in questo mese di ottobre.

Le delegazioni trattanti del SUMAI Assoprof nella trattativa con l'INAIL, erano composte oltre che dal Segretario Generale, anche da **Pio Attanasi**, Responsabile settore della Specialistica; **Ugo Malasoma**, Responsabile del settore INAIL; **Giuseppe Vittellaro** e **Franco Galli**. Nella trattativa con la SISAC invece il SUMAI era rappresentato dal Presidente **Giuseppe Nielfi**; dal vice presidente **Gabriele Peperoni**; dal Tesoriere Nazionale **Giorgio Lodolini**; dal Responsabile settore delle Specialistica, **Pio Attanasi**; dal Responsabile del Centro Studi **Pietro Procopio**, dalla responsabile area veterinaria **Tiziana Felice**; dal responsabile area psicologi **Filippo Cantone**; dal responsabile dei Biologi **Loredana Di Natale e dalla sua sostituta Felicia Oliva**.

Nella trattativa con il Ministero della Salute oltre al Segretario Generale era presente anche **Stefano Alioto** Responsabile SUMAI SASN, **Vincenzo Masi**, **Loredana Di Natale**, **Federico Pinacci**.

Gli Accordi hanno previsto il rinnovo della parte economica attesa da molti anni (l'ultimo ACN economico risale infatti al 2010).

L'Accordo con l'INAIL ha pienamente recepito gli arretrati previsti nell'ACN siglato lo scorso anno. Per il SASN ci vorrà un po' più tempo per le norme attuali che necessitano di un decreto.

Con la SISAC abbiamo subito condiviso la necessità di ritoccare l'articolato dell'Accordo del 2015 poiché, passati 4 anni, aveva bisogno di manutenzione e di aggiornare la parte economica con incrementi orari e a volume per avvicinarci, come modalità di remunerazione, alle convenzioni dei MMG e dei PLS. Inoltre il tagliando all'ACN si è reso necessario per spingere le Regioni e le Aziende sanitarie ad intervenire su alcune prestazioni ritenute critiche per le liste di attesa agevolando la presa in carico, il lavoro in equipe mono-professionale e multi-disciplinare.

IL RISULTATO OTTENUTO CI HA PIENAMENTE SODDISFATTO.

La parte normativa dell'ACN sottolinea la necessità e l'importanza dello specialista ambulatoriale convenzionato interno nell'organizzazione della sanità territoriale in una visione di lavoro d'equipe integrata con tutte le figure del territorio, ma integrata anche con l'equipe ospedaliera per la presa in carico delle cronicità, per il governo delle liste d'attesa, per limitare l'accesso improprio al pronto soccorso. In sostanza abbiamo creato le condizioni per la realizzazione degli obiettivi di salute previsti (ACN 2015 e 2018) e in particolare abbiamo ribadito la nostra caratteristica: essere garanzia dell'assistenza specialistica nel territorio e la salvaguardia del SSN.

I PUNTI MAGGIORMENTE QUALIFICANTI DELL'ACCORDO

A. Integrazione dell'ACN 21 giugno 2018 nel testo completo: in particolare, all'articolo sugli obiettivi di politica sanitaria nazionale viene introdotto un riferimento per i veterinari al Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza 2017-2020;

- B.** Adeguamento dell'ipotesi negoziale alle evoluzioni delle rispettive proposte della medicina generale e della pediatria di libera scelta: si tratta di alcune correzioni allo stato concordate già per gli altri settori oltre all'introduzione di una dichiarazione a verbale che impegni le parti alla riapertura del tavolo negoziale in caso di sopravvenuti novità importanti, economiche e normative, derivanti dagli altri due settori convenzionati;
- C.** Inserimento degli arretrati anni 2018 ed incrementi 2019;
- D.** Istituzione dei fondi per la contrattazione decentrata: si costituiscono i fondi finalizzati all'AIR, alle prestazioni aggiuntive connesse all'effettiva integrazione con le AFT della medicina generale e della pediatria e con le UCCP;
- E.** Istituzione del tavolo di monitoraggio dell'applicazione dell'ACN finalizzato allo studio della contrattazione decentrata;
- F.** Determinazione dei livelli di rappresentatività decentrata modificando la composizione, e meglio definendo il terminale associativo, mantenendo l'individuazione del livello minimo di rappresentatività necessaria a partecipare alla contrattazione nazionale al 5%;
- G.** Previsione della procedura telematica per la domanda e semplificazione di accesso in graduatoria;
- H.** Inserimento della certificazione regionale prevista dalla L. 145/2018 quale titolo di specializzazione per la branca delle cure palliative: adeguamento alla branca già inserita nella precedente tornata negoziale;
- I.** Istituzione delle graduatorie di disponibilità e possibilità d'iscrizione alle stesse già in fase di domanda per le graduatorie generali: innovazione che consentirà di agevolare l'ingresso dei giovani anche negli incarichi a tempo determinato e nelle sostituzioni;
- J.** Chiarimento della possibilità di frazionamento orario per il completamento dell'incarico: si tratta della specificazione di una opzione già in capo alle Aziende ma spesso non consentita limitando ingiustamente la stessa finalità della clausola originaria;
- K.** Introduzione della possibilità di acquisire gli incarichi per coloro che hanno acquisito il titolo di specializzazione dopo la scadenza del termine della domanda per l'iscrizione in graduatoria: adeguamento a quanto già previsto per la medicina generale e la pediatria di libera scelta;
- L.** Obbligo delle Aziende di avvalersi degli specialisti convenzionati interni per l'erogazione delle prestazioni specialistiche utilizzando interamente le ore di attività deliberate per cessazione garantendo alla categoria la copertura dell'espansioni di attività dell'area in relazione alle future esigenze applicando in primis l'articolo 20 comma 1 (ex art.18)
- M.** Esplicitazione della possibilità per le Aziende di esperire la mobilità intraziendale prima di assegnare diversamente gli incarichi: si tratta dell'esplicitazione della facoltà di agevolare i trasferimenti interni alla Azienda prima di assegnare l'incarico con le procedure previste;
- N.** Estensione dei permessi della legge 104 anche per lo specialista portatore di handicap: opzione non esplicitamente prevista dal precedente ACN in forza della impossibilità di applicare direttamente la Legge 104 agli specialisti ambulatoriali;
- O.** Assegnazione ad altra attività compatibile in caso di inidoneità temporanea: ipo-

tesi già attuata nella totalità dei casi riscontrati ma non esplicitamente disposta dall'ACN trattandosi di liberi professionisti;

- P.** Specificazione che il componente dell'UPD è uno specialista ambulatoriale: il precedente ACN prevedeva genericamente la partecipazione di "un convenzionato";
- Q.** Affiancamento ai fini della formazione sul campo: partecipazione a fini formativi ed in forma di affiancamento dello specialista ambulatoriale alle attività di diagnosi cura e riabilitazione a livello dipartimentale;
- R.** Sviluppo di attività per favorire l'integrazione della attività specialistiche con le forme organizzative della medicina generale e della pediatria: a tale fine è potenziata anche la contrattazione decentrata al fine di prevedere l'istituzione di un fondo per l'erogazione di prestazioni aggiuntive di particolare rilevanza per l'integrazione con AFT della medicina generale e della pediatria;
- S.** Determinazioni dei fondi contrattuali per la parte variabile del compenso dei veterinari: adeguamento dei compensi di parte variabile dei veterinari, esclusi dalle precedenti contrattazioni nazionali;
- T.** Istituzione dell'indennità di disponibilità, si tratta di un emolumento corrisposto a fronte della dichiarazione annuale (a scelta dello specialista che la può rinnovare come annullare) di voler svolgere, nell'anno, solo attività in rapporto di convenzionamento con il SSN (fatta eccezione per l'intramoenia che viene garantita). Il compenso è definito a livello regionale in base al fondo costituito con parte delle risorse derivanti dall'incremento contrattuale. Il meccanismo prevede così anche una equiparazione del compenso percepito dagli specialisti ambulatoriali, dai veterinari e dagli altri professionisti sanitari con l'intenzione di avviare successivamente (avendone le risorse) una equiparazione delle retribuzioni delle tre componenti del contratto;
- U.** Adeguamento della denominazione della indennità professionale specifica con il contratto della dirigenza;
- V.** Adeguamento elenchi specializzazioni con DM 23 marzo 2018;
- W.** Istituzione dell'APP – Anticipo Prestazione Previdenziale ENPAM: la procedura garantita dall'Ente Previdenziale consentirebbe a coloro che hanno raggiunto i limiti per accedere alla pensione anticipata di anzianità, a domanda accettata da ASL ed ENPAM, che ne certifichino la possibilità, di ridurre la metà dell'impegno orario con conservazione della retribuzione grazie all'apporto dell'ENPAM consentendo l'assegnazione delle ore "liberate" ad un giovane specialista con la garanzia di almeno 25 anni di contribuzione e senza scavalcare chi è già titolare o chi è in graduatoria;

Unico neo, voluto dalla parte pubblica perché obbligata ad adeguare l'ACN alla vigente normativa, è quello della necessità di possedere il titolo di specializzazione per i laureati in odontoiatria che come SUMAI, durante le trattative, abbiamo fortemente contrastato in quanto penalizza chi è già in graduatoria e 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 metterebbe in seria difficoltà l'erogazione dell'odontoiatria pubblica a diretta gestione per mancanza di un numero sufficiente di già specializzati.

Il SUMAI, subito dopo la sigla dell'ACN, ha immediatamente chiesto al ministro della Salute, Giulia Grillo ai margini della Maratona sul Patto della Salute, insieme all'ANDI, un intervento legislativo urgente per superare la normativa esistente in quanto di fatto blocca l'accesso degli odontoiatri ai concorsi pubblici e cioè:

L'ARTICOLO 28 – “Concorso, per titoli ed esami, per il primo livello dirigenziale odontoiatra - Requisiti specifici di ammissione” del D.P.R. n. 483 del 10.12.1997 che così recita:

AL COMMA 1: “i requisiti specifici di ammissione al concorso sono i seguenti:

- A.** laurea in odontoiatria e protesi dentaria, nonché laurea in medicina per i laureati in medicina e chirurgia legittimati all'esercizio della professione di odontoiatra;
- B.** specializzazione nella disciplina;
- C.** iscrizione secondo le modalità indicate dalla legge 24 luglio 1985, n. 409, al rispettivo albo dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di scadenza del bando.

AL COMMA 2: “La specializzazione fatta valere come titolo legittimante l'esercizio della professione di odontoiatra non è valida ai fini dell'ammissione al concorso. Sono ammessi a partecipare al concorso, anche se sprovvisti della specializzazione richiesta, i dipendenti in servizio a tempo indeterminato alla data del 2 febbraio 1998.

l'articolo 1 della legge 189 dell'8.11.2012 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (GU n. 263 del 10-11-2012 - Supplemento Ordinario n.201) per la specialistica ambulatoriale convenzionata interna che così recita:

AL 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”.

A tutela di chi già opera con contratti a tempo indeterminato all'interno dell'ACN è stata prevista, su espressa richiesta del SUMAI, una norma di salvaguardia che fa 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 2021) ai sensi delle norma transitoria n. 2 .

Nella dichiarazione a verbale n. 3, inoltre, 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.

Dopo l'intervento congiunto SUMAI e ANDI, già il 26 luglio scorso l'ex Sottosegretario Armando Bartolazzi ha dichiarato: “desidero sottolineare, come noto, nell'ambito delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la professione di odontoiatra può essere esercitata sia con rapporto di lavoro subordinato, nell'ambito dei ruoli dirigenziali, sia con rapporto convenzionale, nell'ambito della specialistica ambulatoriale e che la questione è all'attenzione del Ministero della salute che

è ben consapevole della grave carenza di odontoiatri inquadrati nel Servizio Sanitario Nazionale e che pertanto l'unica soluzione richiede uno specifico intervento normativo, che dovrà necessariamente essere armonizzato con le disposizioni attualmente previste per l'accesso del SSN". Rimaniamo tutti in trepidante attesa per poter ripristinare quanto era già previsto in precedenza.

OBIETTIVO RICAMBIO GENERAZIONALE

Dai dati che abbiamo visto circa il 54% dei Medici Specialisti Ambulatoriali ((8.386) ha un'età superiore ai 60 anni con una prevalenza di poco più di 2 volte del genere maschile.

Gli specialisti ambulatoriali si equivalgono tra maschi e femmine nella fascia di età 50-59 anni che rappresenta il 35,6% del totale. Nella fascia d'età 40-49 anni che rappresenta il 20% del totale, le femmine sono circa il doppio rispetto ai maschi. Le donne sono poco meno di tre volte nella fascia 30-39 anni (l'11,49%), si equivalgono sostanzialmente solo quei 37 medici appartenenti alla fascia tra i 20 ed i 29 anni pari cioè allo 0,24%.

Quindi su 15.330 specialisti ambulatoriali ben 13.923 cioè il 90,8% hanno un'età compresa tra 50 e 70 anni e di questi il 60,2% molto probabilmente andrà in pensione entro il 2023. Un'emorragia a fronte del 31,8% di specialisti tra i 30 ed i 49 anni di cui solo lo 0,2% sotto i 30 anni.

Se non si è in malafede o completamente miopi appare chiaro, qualora non s'intervenga immediatamente e con soluzioni a favore del ricambio generazionale, che a breve 6.944 medici specialisti dovranno sopportare il carico pensionistico dei 23.554 pensionati (8.386 che andranno in pensione prossimamente aggiunti ai 15.158 già in pensione tra prestazioni ordinarie, di inabilità e di reversibilità ai superstiti). Una follia. Senza parlare delle difficoltà nel continuare ad offrire sul territorio, ai cittadini, l'assistenza specialistica.

Come SUMAI non possiamo far finta di nulla se abbiamo a cuore le categorie di professionisti che rappresentiamo.

Con il nuovo ACN abbiamo cercato di facilitare il più possibile la copertura delle ore di specialistica ambulatoriale, favorendo l'accesso dei giovani specialisti partendo dalla semplificazione per entrare nelle graduatorie pure per chi si è appena specializzato, anche dopo il 31 gennaio, semplicemente dando la propria disponibilità a ricoprire turni di specialistica presentando solo il certificato di specializzazione ai sensi dell'articolo 19 comma 12 lettera b).

Altra possibilità individuata è stata quella di un patto generazionale che permettesse agli anziani di anticipare la pensione liberando ore per i giovani specialisti inseriti in graduatoria e che abbiano, però, la possibilità di versare almeno 25 anni di contributi previdenziali nel fondo della medicina convenzionata della Fondazione ENPAM ed in particolare in quello della specialistica ambulatoriale.

Lo specialista, fatta la domanda e ricevuta l'autorizzazione dall'ENPAM, dovrà presentare poi la richiesta di ridurre il 50% del proprio monte ore all'Azienda dove presta servizio che dovrà autorizzarlo entro 60 giorni dalla richiesta. La riduzione di ore e l'assegnazione delle nuove dovrà avvenire contestualmente per garantire la buona riuscita dell'operazione, garantendo il monte economico e quindi lo stesso importo

precedente di contribuzione all'Ente Previdenziale.

La metà delle ore di servizio ancora ricoperte saranno poi assegnate, tramite gli articoli 20 e 21, quando lo specialista che ha richiesto l'anticipazione della prestazione previdenziale andrà in pensione di vecchiaia ai sensi dell'articolo 3 comma 7.

Il giovane o i giovani che entreranno con questa metodologia, normata dall'articolo 54 del nuovo ACN, non potranno scavalcare i colleghi che non hanno la possibilità, per motivi anagrafici, di versare almeno 25 anni di contributi previdenziali, già presenti in graduatoria e i titolari di incarico proprio ai sensi degli articoli 19, 20 e 21 che sono gli articoli che normano l'accesso alla convenzione della specialistica ambulatoriale anche tramite l'articolo 54 che nei suoi commi li richiama.

Purtroppo, al momento della firma sono saltate alcune frasi dell'ACN già previste nell'articolato e validate all'unanimità dal SUMAI e da tutti i sindacati presenti al tavolo delle trattative con la SISAC. L'accordo, al momento, è quindi inapplicabile ma abbiamo già previsto con la controparte pubblica di provvedere il prima possibile a ripristinare il testo come concordato.

Qualche sindacato che certo non ha a cuore la nostra categoria, anche se ha firmato l'ACN, ha innescato su questo punto, definito "patto generazionale" (articolo 54 dell'Acn) una deplorabile campagna di disinformazione sia sugli organi di stampa che sui social network, paventando il "preariato a vita" e alimentando infondate preoccupazioni, nei colleghi che aspirano alla dipendenza, di non essere più assunti a tempo indeterminato se over 43enni. Niente di più falso.

Il ministero della salute, la SISAC, il SUMAI e l'ENPAM sono stati ingiustamente accusati di impedire l'accesso agli ultra quarantatreenni e per questa falsa notizia un quotidiano a diffusione nazionale, l'unico che ha ripreso il comunicato in questione, è stato da noi diffidato per vie legali chiedendo l'immediata smentita di quanto scritto. A seguito della diffida lo stesso quotidiano ha cancellato dal proprio sito l'articolo in questione.

Polemiche terminate immediatamente subito dopo il Consiglio Nazionale del SUMAI che ha chiarito la vicenda assicurando tutti che non vi era nessun pericolo di non assunzione per chi ha più di 43 anni.

CONCLUSIONI

Possiamo dire che da quanto è emerso durante l'ultimo anno nel dibattito sulle autonomie differenziate supportato dai dati che abbiamo sinora evidenziato la nostra preoccupazione, come medici, rimane alta.

Abbiamo infatti evidenziato come in sanità, ma non solo, nel Paese vi sia un'importante forbice tra il Mezzogiorno ed alcune regioni del Nord e che questo ha innescato inevitabilmente una serie di disegualianze in termini di assistenza, qualità della vita, offerta sanitaria e mobilità sanitaria elemento, questo, generatore ed amplificatore di ulteriori disegualianze.

Per onestà dobbiamo però affermare, e lo diciamo con convinzione, che molte delle criticità sinora evidenziate erano già presenti, anche prima della riforma del titolo V della Costituzione ma dobbiamo dire che dopo la riforma si sono ulteriormente amplificate anche senza autonomie regionali sempre più spinte.

Oggi bisogna cercare di recuperare un'equità distributiva delle risorse, in modo che il Sud, che ha comunque le sue colpe, non continui ad essere sempre più penalizzato.

Rispetto al processo avviato da Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna possiamo affermare che non c'è da temere certamente l'autonomia in quanto tale, peraltro perfettamente costituzionale ma se tradotta però in maggiore flessibilità amministrativa al fine di supportare l'efficienza.

Come medici che difendono il SSN abbiamo il timore che quest'autonomia possa essere intesa come potestà legislativa esclusiva il che condurrebbe, senza più una regia centrale, allo sfascio del Servizio Sanitario Nazionale.

Qualora si arrivasse al punto per cui ogni Regione può decidere indipendentemente come organizzare e spendere i soldi per la Sanità si rimetterebbero in discussione i principi di equità, solidarietà e uguaglianza del SSN, allo stesso tempo dobbiamo riconoscere che così non si può più andare avanti.

Se vogliamo perseguire un regionalismo spinto, ci vuole un patto tra Regioni che garantisca a tutti gli Italiani uguali prestazioni e uguale offerta sanitaria mediante un vero e proprio Piano Marshall per il Servizio Sanitario che abbia come obiettivo quello di recuperare lo storico divario, strutturale e organizzativo del Sud, attraverso finanziamenti mirati, senza penalizzare le Regioni virtuose del Nord ma anche senza innescare una contrapposizione Nord/Sud che certamente non giova all'insieme del Paese. Come medici e professionisti della sanità e come SUMAI siamo pronti a dare il nostro contributo al governo del sistema chiedendo di essere ascoltati prima di fare scelte di politica sanitaria, mettendo a disposizione le nostre competenze a vantaggio di tutta la collettività.

I nuovi Lea prevedono di attribuire più risorse a chi raggiunge determinati obiettivi, senza considerare il punto da cui partono le singole regioni in termini di risultati, innescando così un circolo vizioso che premierà chi è più avanti e penalizzerà chi è indietro privando di fondi per migliorare le proprie performance.

Parlando proprio di LEA abbiamo visto come sia bastato modificare il vecchio sistema di valutazione con uno nuovo, prevedendo semplicemente l'aggiunta di ulteriori indicatori test dell'attività sanitaria territoriale, tra cui le liste d'attesa, per passare in un colpo solo da 16 regioni su 20 che garantivano i LEA a 9 su 20, una bella differenza.

Le liste d'attesa, dopo che la sanità è passata sotto la diretta gestione delle Regioni,

si sono ulteriormente allungate a causa di una politica poco preveggente, caratterizzata da una lenta e progressiva “desertificazione” delle figure mediche specialistiche territoriali pubbliche direttamente gestite.

Non si può quindi più rimandare oltre, bisogna necessariamente recuperare ed aumentare queste figure mediche specialistiche già carenti, sbloccando immediatamente il *turn-over*, tanto sul territorio con l’aumento di ore destinate alla medicina convenzionata interna (Specialistica Ambulatoriale), che in ospedale (Dirigenza Medica) rimpiazzando chi è andato in quiescenza. Non si può aspettare oltre.

L’attuale politica regionale decentrata, fatta in linea di massima di soli tagli lineari, ha inevitabilmente inciso sulla sostenibilità dei servizi e quindi sull’assistenza sanitaria pubblica. I cittadini lo dicono ad alta voce e i dati reali, come abbiamo visto, sono impietosi.

Alla decurtazione media nazionale dell’1,2% degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni (a fronte di un 2% di tutto il personale convenzionato, periodo 2012-2018) le regioni e le province autonome hanno contribuito in modo sensibilmente differenziato con tagli maggiori nell’area centro-meridionale, area maggiormente penalizzata.

A ciò si aggiunge l’età “avanzata” dei medici (in particolare dei medici territoriali convenzionati, che fortunatamente vanno in pensione mediamente 2,7 anni dopo rispetto ai medici dipendenti) e la mancanza generica di specialisti per un’errata programmazione nazionale del numero di borse.

Dunque se vogliamo garantire l’assistenza specialistica, sia ospedaliera che territoriale, c’è solo una soluzione: assumere, in ospedale e sul territorio, gli specialisti necessari tra quelli che specialisti già lo sono e portare, anche da subito, a 38 ore gli specialisti ambulatoriali già assunti, che ne facciano richiesta, oggi con un media di circa 23 ore settimanali, aumentando così l’offerta di ulteriori 280.728 ore settimanali paragonabile ad un aumento di circa 5.000 ulteriori nuovi specialisti.

Basta con le soluzioni fantasiose che vanno dal rientro dei pensionati, ai militari, all’assunzione di non specialisti anche a partita IVA. Piuttosto assumiamo subito chi è già specialista e specializziamo cosiddetti “camici grigi” risolvendo anche il problema dell’imbuto formativo aumentando le borse con un’attenzione particolare a quella branche maggiormente carenti.

Evitiamo che i nostri giovani medici, laureatisi a spese dell’Italia, siano costretti ad andare all’estero per lavorare e costruirsi un futuro. Facciamo presto, ogni anno ne perdiamo circa 1.500.

Appare inoltre necessario pensare ad una sanità che organizzativamente sia un tutt’uno, anche se con diverse specificità. Il territorio e l’ospedale non possono essere delle organizzazioni separate ma devono collaborare ed integrarsi tra loro ognuna con le proprie specificità ma entrambe lavorando come un’equipe.

Ogni giorno si sente parlare di paziente al centro, di medico al centro, di infermiere al centro, sono tutti al centro, ma al centro del nulla. Se vogliamo davvero risolvere i problemi dobbiamo cambiare impostazione perché quella seguita finora “di tutti al centro” è sbagliata.

La soluzione è l’equipe con nessuno al centro neanche il paziente che deve essere invece parte attiva nel suo percorso di cura ed assistenziale. I

Il paziente stesso lo ha capito, si sente osservato, tirato per la giacca, una volta di qua e una volta di là. Insomma è diventato un “paziente differenziato” anche all’interno in ogni singola Regione, ASL, Distretto, Presidio.

Altro che federalismo regionale differenziato qui ci troviamo di fronte ad un “con-

dominialismo differenziato”.

Quando eravamo “sani di mente” il medico di famiglia appunto era di “famiglia”, uno di noi, scelto dalla famiglia, che a sua volta conosceva tutta la famiglia, di fiducia della famiglia e il rapporto fiduciario era reciproco: la famiglia si fidava del medico e il medico della famiglia.

Non era scelto da un computer come accade oggi sempre più spesso, o da un impiegato della ASL solo perché non ha raggiunto il massimale di assistiti.

Sono arrivati i PC, la burocrazia, i CUP, i Re-CUP, i RAO e quel mondo, famigliare, di reciproca fiducia e di collaborazione è venuto meno, seppellito.

Per una falsa trasparenza sono nate le liste d’attesa, il medico che ti visita spesso è imposto da un computer, non conosce i problemi del paziente, lo specialista che ti visita per la seconda volta non è lo stesso, oppure per farsi visitare dallo stesso ci vogliono mesi di attesa, per prenotarsi bisogna fare file interminabili ai CUP, al telefono e via dicendo.

L’alternativa? È andare a pagamento. Ma non tutti possono permetterselo e allora si rinuncia alle cure, con tanti saluti per la prevenzione e per i vari Piani Nazionali decisi dai tecnici.

Abbiamo trasformato il Servizio Sanitario Nazionale in un efficientissimo “Strazio Sanitario Nazionale”. Qualcuno tempo fa mi diceva che l’unico ufficio perfettamente funzionante nel servizio sanitario è l’ufficio UCAS (Ufficio Complicazione Affari Semplici). I cittadini sono esausti ed esasperati. Si sentono abbandonati e a volte, sbagliando, manifestano la loro frustrazione con aggressioni a medici ed operatori sanitari oppure, per far prima, consultando Dottor Google (troppo tempo per farsi visitare dal medico, è più rapido informarsi su internet) generando così disinformazione che alimenta: la sfiducia nei vaccini, il diffondersi dei santoni mediatici e social che dispensano diete e cure miracolose.

In sostanza, assistiamo alla morte delle competenze.

Bisogna investire sempre più nelle competenze e non mortificarle, come avviene sempre più spesso. Se un medico non è specialista non lo si può fare diventare tale con un decreto legge o con un atto deliberativo regionale, uno specialista è tale quando ha finito il suo percorso formativo ed inizia la propria carriera professionale, dal giorno in cui con il titolo ha acquisito le competenze necessarie, uno specialista è tale quando quotidianamente esercita la specialità e si aggiorna continuamente e non bastano 92 ore di corso e 2 mesi di tirocinio o esercitando saltuariamente (come qualcuno vorrebbe fare con la cosiddetta “specialistica vocazionale”). In medicina la competenza è tutto. È la competenza, associata all’esperienza, che salva le vite. Viceversa l’improvvisazione, l’incompetenza e l’inesperienza le fa perdere e questa è evidenza. È *Evident Basic Medicine* (EBM).

Il medico, infatti, non finisce mai di formarsi e aggiornarsi, la sua formazione dura tutta una vita. Oggi come ieri, per avere una diagnosi e farsi curare non bastano un computer o un’applicazione sul telefonino, serve un medico in carne ed ossa come una volta.

Serve un medico generalista o un pediatra di famiglia che conosca la storia del paziente e la storia sanitaria di tutta la sua famiglia, serve lo specialista, serve l’infermiere e via dicendo. In poche parole serve un’equipe composta da più competenze con nessuno al centro.

Inoltre bisogna avere capacità di ascolto, empatia, saper comunicare con il Paziente e i suoi famigliari cose che nessun computer o intelligenza artificiale al mondo potrà mai offrire.

Oltre che sulla formazione, infine, bisogna anche investire maggiormente nelle strutture sanitarie del SSN, dotandole dei mezzi e degli strumenti necessari, se vogliamo garantire una sanità pubblica di alta qualità e secondo standard europei. Basta con le ricette fantasiose e al massimo ribasso. Apriamo le porte agli specialisti già esistenti e che sono pronti ad entrare ed aumentiamo contemporaneamente le borse secondo il reale fabbisogno e non secondo logiche di cattedra o di conti ma secondo la reale carenza.

Concludendo vorrei dire, a nome del SUMAI, ai rappresentanti dei sindacati e delle professioni qui presenti che se vogliamo davvero salvare il nostro SSN, dobbiamo tutti insieme cambiare questo concetto di sanità competitiva e disgregante tra categorie e professioni e capire che la sanità non si può garantire senza esaltare le specifiche competenze di ognuno.

Chiedo ai rappresentanti politici nazionali e regionali qui presenti, di garantire sempre più le competenze e non abbassare il livello del SSN e dei SS.SS.RR.

Il SUMAI è convinto che questa sia la strada maestra, ed è da subito disponibile a portare avanti questo progetto senza il quale si arriverà, purtroppo, al fallimento del nostro SSN.

Il SUMAI, fin da 2015, con la firma dell'ACN, ha dato prova di credere in questo progetto. Noi ci crediamo, lo vogliamo, siamo pronti a partire. Dimostrate di voler salvare l'universalismo del nostro SSN, anche gestendolo in modo differenziato da ogni Regione, purché si garantisca sempre l'equità e le stesse possibilità a tutti gli Italiani da Nord a Sud.

W il Sumai



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

Relazione
del Segretario
Generale
Antonio Magi

52° Congresso
Nazionale

Specialistica
Ambulatoriale e
**Universalismo
Differenziato**



Gardone Riviera
Grand Hotel
13 - 17 ottobre 2019