

**55°** CONGRESSO  
NAZIONALE  
SUMAI

**SPECIALISTICA  
AMBULATORIALE.**

**QUALE FUTURO:**

**PUBBLICO**

**O PRIVATO?**

**ROMA  
9-12 OTTOBRE 2023**

HOTEL VILLA PAMPILI  
VIA DELLA NOCETTA, 105

**RELAZIONE  
DEL SEGRETARIO  
GENERALE  
ANTONIO MAGI**



**Sumai**  
**A S S O P R O F**

Sindacato Unico Medicina  
Ambulatoriale Italiana  
e Professionalità dell'Area Sanitaria



## Introduzione

**Care Colleghe e Cari Colleghi,**

**Autorità presenti e Ospiti,**

Benvenuti ai lavori del 55° Congresso Nazionale del SUMAI-Assoprof e grazie di essere qui, anche quest'anno,

Prima di iniziare, permettetemi di ringraziare ancora una volta la Segreteria del SUMAI del Lazio, che ci ospita e che ci ha consentito di organizzare nuovamente, a distanza di un anno, la nostra consueta assise a Roma, in questa meravigliosa città.

È nostra intenzione focalizzare i lavori congressuali su un argomento di grande attualità: Il futuro della Sanità Italiana è nel pubblico o nel privato?

Infatti, "**Specialistica Ambulatoriale quale futuro: pubblico o privato?**" è il titolo di questo nostro Congresso Nazionale.

L'assenza di reali e concrete politiche per il personale e le scarsissime risorse economiche messe a disposizione come potranno lanciare il DM 77, vista la carenza di personale medico disponibile a lavorare nel SSN ma assolutamente necessario per attuare la Missione 6 del PNRR?

Infatti, oggi ci troviamo davanti ad una generalizzata **carezza di medici specialisti** disposti a lavorare per il nostro SSN, parliamo ovviamente di quello direttamente gestito (Medicina generale, Medicina specialistica del territorio e Medicina specialistica ospedaliera).

Nel corso di questo nostro 55° Congresso Nazionale cercheremo di approfondire il tema confrontandoci con i rappresentanti della politica, sia nazionali che regionali e con gli esponenti e tecnici sia del mondo sanitario che del mondo sindacale come abbiamo già fatto questa mattina nel corso della tavola rotonda.



## Premessa

Lo scorso anno, poiché il nostro congresso si svolse a ridosso delle elezioni politiche, sottolineammo come la sanità fosse stata pressoché assente dai discorsi dei politici e dai programmi dei partiti.

La spiegazione che ci demmo fu duplice, da un lato forse la consapevolezza di chi fino a quel momento aveva governato consapevole dei danni fatti, dall'altro la paura, da parte dei nuovi, di far promesse che poi non sarebbero stati in grado di mantenere.

In ogni caso la carenza di interesse verso il tema portò a chiederci: com'è possibile che dopo una terribile pandemia, dalla quale ancora non ci siamo liberati definitivamente, che nel nostro Paese ha causato oltre 177.000 morti (tra cui circa 500 tra medici, infermieri e professionisti sanitari) non si parli di Sanità in modo costruttivo con i Servizi Sanitari, Nazionale prima e Regionali poi, usciti praticamente a pezzi in termini di risorse umane, economiche e organizzative?

Come mai, ci chiedevamo lo scorso anno, la Salute è stata così debolmente rappresentata dall'agenda politica nonostante il fatto che il PNRR avrebbe portato 19,7 miliardi per finanziare solo strutture e tecnologia?

Come è possibile che chi ci ha governato sinora e che ha condiviso il PNRR non abbia previsto le necessarie risorse da destinare al personale per far partire le case della comunità e per far funzionare le apparecchiature e la telemedicina?

Non servono né tavole rotonde né tavoli ministeriali più o meno pletorici, serve solo investire su persone competenti e motivate che creano e salvaguardano la salute e che dopo la pandemia, nonostante le mille promesse fatte come riconoscimento per aver realmente salvato il Paese, hanno ricevuto solo pacche sulle spalle senza alcun riconoscimento concreto in termini di riorganizzazione efficace del lavoro, di riduzione del carico burocratico e perché no di retribuzioni in linea con l'Europa.

Signori, oggi più che mai, la posta in gioco è la scomparsa del SSN, alla faccia dell'art.32 della Costituzione sbandierato da tutti ed anche con l'aggravante di aver ulteriormente indebitato il nostro Paese per i prossimi anni senza risultato.

Le scelte fatte finora ci stanno inevitabilmente portando ad un bivio:

Sanità pubblica o Sanità privata o peggio ancora nessuna Sanità?

La beffa è che se la sanità virerà verso il privato questa scelta comporterà per gli italiani maggiori costi a causa delle regole di un mercato spietato fatto solo di profitto. Ciò significa addio all'universalismo, all'equità e all'uguaglianza dei cittadini davanti alla malattia.

Una sanità pubblica debole porterà costi elevati in termini di salute e questo inciderà inevitabilmente sul sistema produttivo per giornate di lavoro perse costando così al nostro Paese molti punti di PIL.

Oggi già vediamo **un territorio desertificato**, ridotto di fatto nei numeri delle sue figure principali: medici specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

In più stiamo assistendo ad un ospedale che si sta svuotando.

La desertificazione della sanità sta portando all'estinzione del professionista del SSN.

Nel corso degli anni, infatti, a causa di scellerate scelte politiche, il territorio non è più riuscito a soddisfare efficacemente i bisogni della gente costringendo i pazienti ad andare sempre più in ospedale invece di curarsi a casa o ambulatorialmente.

La ridotta offerta specialistica sul territorio, con meno ore nei poliambulatori, è uno dei principali motivi che ha generato liste d'attesa interminabili insieme alla medicina difensiva e alla domanda crescente di salute delle persone.

Purtroppo, il modello sanitario pubblico, istituito con la 833 del 1978, 45 anni fa, ha vissuto numerosi cambiamenti dopo essere riuscito, dopo anni di mutue e di persone senza assistenza sanitaria, ad arrivare ad offrire quel principio di universalità, uguaglianza ed equità previsto dalla nostra Costituzione Repubblicana.

La prima modifica si ha con la 502 del 1992 che stabilisce il principio dell'aziendalizzazione della sanità per cui ospedali e USL diventano Aziende Sanitarie Ospedaliere ed ASL con un orientamento più al "mercato" aprendo il SSN a soggetti privati singoli e consortili.

A questa modifica ne sono seguite altre.

La prima, il **Decreto Legislativo n. 229/1999**, nota come riforma Ter, che ha confermato e rafforzato l'evoluzione in senso aziendale e regionalista della sanità pubblica e istituito i fondi integrativi sanitari per le prestazioni che superano i livelli di assistenza garantiti dal SSN.

La seconda è la **riforma del Titolo V**, Legge Costituzionale n. 3/2001, per la quale la tutela della salute è diventata materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni. Lo Stato determina i livelli essenziali di assistenza (LEA), le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione e organizzazione dei servizi sanitari e nel finanziamento delle Aziende Sanitarie.

**La terza è la Balduzzi, la 158/2012**, che ha provato a dare elementi di indirizzo nazionale con il DM 70 e un'organizzazione del territorio con la nascita delle AFT per il personale convenzionato e delle UCCP per tutto il personale. Quest'ultima potremmo definirla una "quasi riforma" perché solo parzialmente o totalmente inapplicata dalle Regioni.

Ebbene, il risultato di questi cambiamenti lo abbiamo sotto i nostri occhi: una sanità **sottofinanziata, differenziata, diseguale e poco equa. Sempre più appaltata all'esterno**, meno prodotta dalle aziende sanitarie, **povera di mezzi e di personale** che quasi non riesce a soddisfare i bisogni di Salute delle persone.

Questo non è stato il risultato di un complesso algoritmo di intelligenza artificiale ma il risultato di una costante sottrazione aritmetica praticata in questi anni dal MEF, a danno della Sanità, per coprire buchi di bilancio al fine di far quadrare momentaneamente i conti dello Stato invece di intervenire sui capitoli di spesa che generavano quei buchi.

Nonostante la sottrazione di risorse economiche il nostro sistema sanitario, seppur miracolosamente, ha retto fin che ha potuto ma a che prezzo?

Scarsi investimenti, retribuzioni tra le più basse in Europa, difficoltà di accedere delle cure, poco personale, difficili condizioni di lavoro, denunce e atti di violenza, anche mortali, contro gli operatori sanitari.

Tutto ciò ha inciso sulla qualità delle cure, nonostante lo sforzo degli operatori sanitari, e sulla percezione dei cittadini i quali, infatti, lamentano liste d'attesa infinite, strutture spesso fatiscenti, attrezzature obsolete, scarsa informazione, poco tempo dedicato alla comunicazione medico-paziente, con tutto ciò che ne consegue.

Il cittadino per soddisfare il proprio bisogno di salute o aspetta il suo turno in lista o si rivolge alla sanità privata finanziata con soldi pubblici e pagata a prestazione oppure, se ha le possibilità economiche a quella privata-privata, o infine non gli resta che recarsi al pronto soccorso.

Tutto questo genera un'insoddisfazione dei cittadini ed una delusione associata a disaffezione verso il personale sanitario e del personale medico e non medico per il SSN.

Per cui abbiamo cittadini pazienti sempre meno pazienti e sempre più arrabbiati. Condizionati da un'informazione a volte superficiale e fomentati da avvocati senza scrupoli i quali, prospettando il miraggio di rimborsi milionari, intentano cause contro i medici con il sistema "quota lite" per presunta malasanità usando il Codice penale come pressione per ottenere risarcimenti non dovuti.

Non possiamo dimenticare quanto i medici e i professionisti sanitari vivano con ansia e preoccupazione queste vicende.

**Quello che stupisce è che le istituzioni, con soldi pubblici,** permettono campagne mediatiche televisive e radiofoniche che sponsorizzano associazioni di tutela dei cittadini ad intraprendere azioni legali. Oggi la situazione è diventata esplosiva ed il rischio concreto, non teorico, è di non riuscire più a mantenere adeguati livelli di assistenza.

## Le criticità

Riassumiamo le principali criticità che il Governo e le Regioni si troveranno ad affrontare.

### Invecchiamento demografico

L'Italia, in rapporto al PIL, investe meno della maggior parte dei Paesi europei ma ha una speranza di vita più alta di altri paesi europei.

Pur diminuendo il numero di abitanti negli ultimi 10 anni, che è passato da 60 milioni a poco più di 58 milioni, sono aumentati gli ultrasessantacinquenni saliti da 12 milioni ai 14 milioni.

Un invecchiamento della popolazione che è sicuramente un ottimo indice per certificare quello che è stato un buon SSN ma che porta ovviamente ad un aumento delle cronicità e di conseguenza ad una maggiore domanda di salute con un incremento della spesa sanitaria, che già oggi assorbe dal 70 all'80% dei bilanci regionali con il concreto rischio di superare la soglia di sostenibilità.

La progressione in aumento "dell'Invecchiamento" appare davvero impressionante; tanto da consentire di dire che si commenta da sola.

Impressionanti risultano anche le conseguenze "dell'Invecchiamento in generale" e, ancor più, "dell'Invecchiamento per sesso" specie per ciò che produce in termini sanitari.

È chiaro ed evidente, anche all'osservatore meno attento, che una popolazione più anziana determina:

- incremento delle patologie degenerative notoriamente legate, in misura direttamente proporzionale, all'età;
  - aumento enorme della domanda di strutture di assistenza ambulatoriale, soprattutto con finalità di day-hospital;
  - inarrestabile aumento della domanda di assistenza domiciliare specifica;
  - maggiore esigenza di strutture di ricovero adeguatamente attrezzate per la lunga degenza;
  - crescente domanda di risorse umane e organizzative destinate alla riabilitazione.
- E questo elenco potrebbe continuare a lungo.

Si presume, tuttavia, che i punti sopra precisati siano sufficienti ad offrire un quadro abbastanza eloquente della drammatica realtà che “l’Invecchiamento” determina in campo sanitario.

I dati a disposizione sull’impatto del fenomeno sono indiretti e si basano non sulla “Morbosità” ma sulla “Mortalità” in quanto fenomeno per il singolo irripetibile e di norma regolarmente denunciato.

I “Quozienti di Mortalità” per 100.000 abitanti incidono sempre più a carico dei Tumori e delle Malattie del Sistema circolatorio e quindi, delle Malattie degenerative che, vale ripeterlo, sono ormai considerate “tipiche” delle età più avanzate.

## Finanziamento del SSN

Da oltre dieci anni assistiamo all’assenza di una visione e di una strategia politica a supporto della sanità pubblica, in un immobilismo che si limita ad affrontare solo problemi contingenti.

il sottofinanziamento, dal 2010 al 2019, è stato di ben 37 miliardi.

Il **Ministro Schillaci**, che saluto e ringrazio per la sua presenza in sala, rispondendo ad un’interrogazione alla Camera un paio di settimane fa ha confermato questo dato.

Nel 2021 la spesa pubblica pro-capite nel nostro Paese era inferiore alla media OCSE, in Europa ci collochiamo al sedicesimo posto, mentre il confronto con i paesi del G7 ci vede all’ultimo posto.

Per i prossimi tre anni il Governo ha stanziato sette miliardi in più sul fondo sanitario nazionale.

Sono stati previsti 2 miliardi e 150 milioni in più nella legge di Bilancio 2023, destinati a far fronte ai rincari dovuti all’emergenza energetica e per il prossimo biennio dovrebbero essere allocati rispettivamente altri 2,3 e 2,6 miliardi.

Al momento, la Nota di Aggiornamento del DEF nel triennio 2023-2025 prevede una riduzione della spesa sanitaria media dell’1,13% per anno e un rapporto spesa sanitaria/PIL che nel 2025 scende al 6%.

Prima della pandemia il Fondo Sanitario Nazionale era pari a 114 miliardi di euro oggi è di 128.869 miliardi di euro ed è così composto:

**126.061 milioni** di euro costituiscono il fabbisogno sanitario standard definito dall'articolo 1, comma 258 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, Legge di bilancio 2022. Tale livello di fabbisogno è incrementato di 2.150 milioni per l'anno 2023 dall'art. 1 c. 535 L. n. 29 dicembre 2022 n. 197 (Legge di bilancio 2023), con la precisazione che per l'anno 2023 una quota dell'incremento definito dall'art. 1 c. 535 della L. 197/22, pari a 1.400 milioni di euro, è destinata a contribuire ai maggiori costi determinati dall'aumento dei prezzi delle fonti energetiche.

- **200 milioni** di euro per l'incremento del Fondo di cui all'articolo 1, comma 401, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, relativo al concorso al rimborso alle regioni delle spese sostenute per l'acquisto dei farmaci innovativi (art. 1, c. 259, L. 234/21);
- **319 milioni** di euro per il riconoscimento di un maggior numero di contratti in formazione specialistica (art. 1, c. 260, L. 234/21);
- **5 milioni** di euro previsti nel 2023 per il c.d. Bonus psicologo (art. 1. c. 538 L. 197/22)
- **100 milioni** di euro per indennità di pronto soccorso (art. 11 c.3 del DL n. 34/2023 convertito con legge 26 maggio 2023, n. 56);
- **70 milioni** di euro per l'incremento della tariffa oraria per prestazioni aggiuntive nei servizi di emergenza-urgenza (art. 11 c.1 del DL n. 34/2023 convertito con legge 26 maggio 2023, n. 56);

La rideterminazione per l'anno 2023 delle risorse a valere sul fondo sanitario per consentire l'implementazione delle prime misure previste dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale da 350 milioni a 314,2 milioni (-35,8 milioni) (Art. 7-bis del DL n. 162/22)

<b>Composizione del Fondo Sanitario Nazionale</b>	
<b>Risorse complessive</b>	<b>128.869.200.000</b>
<b>Fondo farmaci innovativi</b>	864.000.000
Vincolato (penitenziaria, Obiettivi PSN, DM 77, OPG, include <b>1,4 mld quota energia</b> )	3.772.814.256
<b>Vincolato già ripartito</b> (art. 11 c. 1 DL 34/23, <b>bonus psicologo</b> , DL 73/21 art. 27)	79.441.000
<b>Vincolato per altri enti</b>	1.098.446.709
<b>Quota premiale</b> (0,50%)	644.346.000
<b>Risorse Indistinte</b> (comprehensive 1.115,713 mln del DL 34/2020, risorse superticket per 554 mln di euro e fibrosi cistica per 4,390)	<b>122.410.152.035</b>

## I numeri del Personale Sanitario

Il tetto di spesa sul personale imposto dal progressivo definanziamento, i blocchi contrattuali, oggi ottobre 2023 si stanno negoziando i contratti 2019-2021 per un incremento pari al 3,78% lordo tra parte fissa e parte variabile.

Stiamo anche pagando la mancata programmazione dei nuovi specialisti che ha determinato prima una carenza quantitativa e adesso, soprattutto dopo la pandemia, una crisi motivazionale che porta sia a disertare alcune professioni (es. scienze infermieristiche) e specialità mediche (es. emergenza-urgenza), sia a lasciare le strutture pubbliche per quelle private, o addirittura per l'estero.

Appare inderogabile rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità al fine di valorizzare e (ri)motivare quella che è la colonna portante del SSN: investire sul personale sanitario con risorse vincolate, programmare adeguatamente il fabbisogno di tutti i professionisti sanitari, ridisegnare i processi di formazione, valutare e valorizzare le competenze secondo un approccio multiprofessionale.

Più avanti approfondiremo i numeri dei medici e degli odontoiatri, degli specialisti e dei non specialisti ed infine dei medici e degli odontoiatri del SSN e delle altre professioni sanitarie.

## La retribuzione del Personale Sanitario

Sicuramente una priorità è la retribuzione del personale sanitario e dei medici.

Negli anni all'interno dell'Unione Europea abbiamo voluto ed ottenuto la libera circolazione dei medici ed il riconoscimento dei nostri titoli professionali in tutta Europa.

Questo ha aperto, come è giusto, la nostra sanità ad un mercato internazionale e quindi anche alla concorrenza con la quale al momento l'Italia non è in grado di competere.

<b>Retribuzione Medici Specialisti in Europa e confronto con l'Italia</b>		
<b>Stato Estero</b>	<b>Retribuzione in \$</b>	<b>Differenza con Italia</b>
Lussemburgo	286.867	204.683
Islanda	194.400	112.216
Olanda	193.241	111.057
Danimarca	187.235	105.051
Irlanda	185.924	103.740
Germania	175.519	93.335
Regno Unito	155.767	73.583
Finlandia	143.847	61.663
Belgio	138.560	56.376
Norvegia	133.774	51.590
Svezia	120.001	37.817
Svizzera	117.680	35.496
Francia	98.823	16.639
Spagna	90.686	8.502
Slovenia	82.571	387
Portogallo	50.381	-31.803
Grecia	48.679	-33.505
<b>Retribuzione Media</b>	<b>141.409</b>	<b>59.225</b>

Se vogliamo che i nostri medici rimangano in Italia, non c'è scelta, dobbiamo essere competitivi soprattutto con le retribuzioni offerte negli altri Paesi.

Come possiamo pensare che i nostri medici non vadano all'estero se le retribuzioni Italiane annue, espresse in dollari, sono 204 mila dollari in meno del Lussemburgo; 93 mila dollari in meno della Germania; 73 mila dollari in meno del Regno Unito; 35 mila dollari in meno della Svizzera?

Non ci sono soluzioni alternative se non quelle di dover pagare di più i nostri medici altrimenti, a breve, in Italia non ne avremo più.

È inutile anche aumentare il numero di iscrizioni in medicina se poi tra sei anni questi giovani, diventati medici troveranno ancora la stessa situazione.

Andranno all'estero anche loro e l'Europa e i Paesi Arabi ci ringrazieranno per avergli procurato medici ben preparati a nostre spese.

È del tutto evidente che non possiamo risolvere il problema italiano con medici Cubani, Venezuelani, Pachistani, Indiani e via dicendo.

Il problema lo risolviamo solo pagando di più e, in attesa di avere le risorse necessarie, provando ad esempio una detassazione degli stipendi; eliminando assurde e anacronistiche incompatibilità; depenalizzando la responsabilità medica mantenendo solo il risarcimento

nel civile; obbligando le assicurazioni ad coprire aziende e professionisti; monitorando i premi; garantendo maggior sicurezza sui posti di lavoro e minor burocrazia.

Oggi sono questi i punti a cui il Governo in carica deve rispondere al più presto, mediante proposte concrete per superare le sfide decisive che si pongono sulla strada di un Sistema sanitario che oltre 45 anni fa introdusse in Italia l'universalismo delle cure universali.

## Attrattività del SSN

La pandemia ha dimostrato che **non possiamo fare a meno di un solido Servizio Sanitario Nazionale** e quindi dobbiamo ripartire proprio da questo.

Governi precedenti di centro-sinistra, di centro-destra e Governi tecnici ci hanno portato a questa grave situazione.

*Siamo arrivati al punto che dobbiamo mettere la parola fine al Servizio Sanitario Nazionale che ci hanno invidiato tutti e che rischiamo di rimpiangere, oppure vogliamo mantenerlo e potenziarlo, lavorando insieme per raggiungere l'obiettivo di tornare a garantire a tutti i cittadini "la salute" come prevede l'articolo 32 della nostra Costituzione?*

Se la risposta, ne sono certo, sarà positiva allora chiediamo con forza al nuovo Governo di lavorare assieme a noi medici ad un rilancio della sanità pubblica per i prossimi quattro anni e chiediamo alle forze di opposizione di collaborare in questo senso per raggiungere lo scopo comune.

Secondo il SUMAI è arrivata l'ora della responsabilità da parte di tutti gli attori.

- La salute è un bene e un diritto per ogni persone indipendentemente dal censo, dalla razza, dal sesso e aggiungo dalla tessera di partito.
- La sanità pubblica non è né di destra, né di sinistra e né di centro.
- La sanità pubblica è di tutti noi.

Ci aspettiamo un vero cambio di passo della politica sul tema salute. Basta con dichiarazioni d'impegno per un SSN Pubblico per poi scoprire interessi con il Privato, come hanno fatto sinora buona parte dei partiti che hanno governato.

Apriamo come cittadini e medici un confronto reale attraverso l'incontro e non lo scontro, l'ascolto, specie di chi lavora sul campo, per trovare soluzioni condivise all'insegna della reciprocità: *disponibilità, rispetto, competenza, ascolto e fatti concreti*.

Lo dico alla politica e ai suoi tecnici ma lo dico anche alla professione: i sindacati facciano i sindacati e le società scientifiche facciano le società scientifiche, confrontiamoci ma

poi facciamo sintesi e non andiamo in ordine sparso, non difendiamo il piccolo interesse senza una visione comune e d'insieme che altrimenti non ci porterà da nessuna parte e danneggerà tutti. Ci vuole un unico obiettivo condiviso e sostenuto parlando come una unica voce.

Bisogna lavorare per cambiare le stagioni precedenti dove siamo stati sentiti ma non ascoltati, dove c'è stato chi ha parlato senza dire ma soprattutto c'è stato chi ha annunciato senza fare.

Facendo così le istituzioni hanno indirettamente indebolito il concetto di rappresentanza. Hanno rinunciato a parlare ai medici attraverso i sindacati con il risultato che oggi i singoli prendono decisioni spesso dettate dalla propria convenienza, momentanea e contingente, ma lontana dal bene di tutti e della comunità nella quale viviamo.

Bisogna ricostruire il rapporto con il singolo professionista della salute specie con i medici. Dimostrando che c'è attenzione nei loro confronti. Poiché tutto quello che abbiamo detto sinora viene letto dai sanitari come una resa del SSN e quindi i colleghi si guardano intorno cercando prospettive migliori nel Privato e all'Estero disertando i concorsi pubblici. Se invece sono in organico nel SSN, si dimettono prima di aver raggiunto i requisiti minimi per andare in pensione.

Vedono addirittura migliori prospettive di lavoro con le Cooperative e con esse accettano di lavorare anche nel SSN ma come soggetti appaltati, da esterni, perché meglio retribuiti, anche tre volte di più degli strutturati e dei convenzionati. Senza vincoli gerarchici, scegliendo di volta in volta giornate ed ore lavorative a vantaggio del tempo libero, della famiglia e di una qualità di vita migliore.



## I numeri del Medici e degli Odontoiatri

Nel corso del nostro 55° Congresso, presentiamo *“Medici del SSN 2023-2030. Quale futuro: Pubblico o Privato? I numeri”*

Una pubblicazione aggiornata e più completa poiché comprende tutti i medici, non solo gli specialisti, che si pregia ancora una volta della Presentazione della **Prof.ssa Antonella Polimeni**, Magnifica Rettore della più grande Università d’Europa “La Sapienza” di Roma e della prefazione del **Dottor Filippo Palumbo**, già Direttore Generale Capo Dipartimento Qualità trasformatosi poi in Dipartimento della Programmazione sanitaria presso il Ministero della Salute.

**Un ringraziamento** ad entrambi per avermi concesso questo onore che per me è anche un privilegio.

La pubblicazione tratta l’argomento centrale del nostro Congresso: la presunta carenza di medici attraverso i numeri. Il volume con rigore scientifico valuta quale sia stato l’impatto di questa politica di tagli e definanziamenti e dove ci porterà nel futuro sapendo che oggi la Sanità pubblica è in bilico tra pubblico e privato pendendo al momento sempre di più verso il privato.

**Una pubblicazione ricca di grafici e tabelle** che mostrano quanti siano attualmente in Italia i medici chirurghi e gli odontoiatri, quanti di questi possiedano un titolo di specializzazione e quanti no, quanti di genere maschile e quanti di genere femminile, come questi sono distribuiti per fasce d’età, come sono dislocati nel territorio per ripartizioni territoriali, per regioni e comuni.

Il volume si sofferma su quanti lavorano nel SSN e quanti no, quanti sono pensionati, quale sia il loro rapporto numerico con gli abitanti provando quindi a scattare una fotografia dell’esistente al 2023, confrontandola con il 2021 e provando, dai dati a nostra disposizione, a fare una previsione di quanto potrà accadere sino al 2030.

Abbiamo cercato di capire soprattutto quale scelta stanno facendo i nostri giovani medici tra pubblico o privato, se decideranno in futuro di rimanere a lavorare in Italia, quanti sono già andati e quanti potrebbero invece andare all’estero.

A situazione invariata le prospettive non sono certo buone.

Nella pubblicazione affrontiamo anche il tema delle attuali retribuzioni in Italia operando un confronto con gli altri paesi sia UE che extra UE.

Novità assoluta, che riteniamo indispensabile, la presentazione di un metodo scientifico per calcolare il fabbisogno dei medici in genere ma soprattutto quello degli specialisti sia a livello territoriale che ospedaliero. Metodo necessario per stabilire gli standard specialistici nel DM 77 che, come sappiamo, mancano nel decreto ministeriale.

Abbiamo sviluppato e pubblicato l'attuale fabbisogno nazionale, Regionale e Provinciale branca per branca, ovviamente il metodo è sperimentabile sul campo e migliorabile.

L'elaborazione ci ha permesso di vedere quale sia l'attuale situazione, quanto sta accadendo alla professione medica e cosa potrebbe accadere in un prossimo futuro.

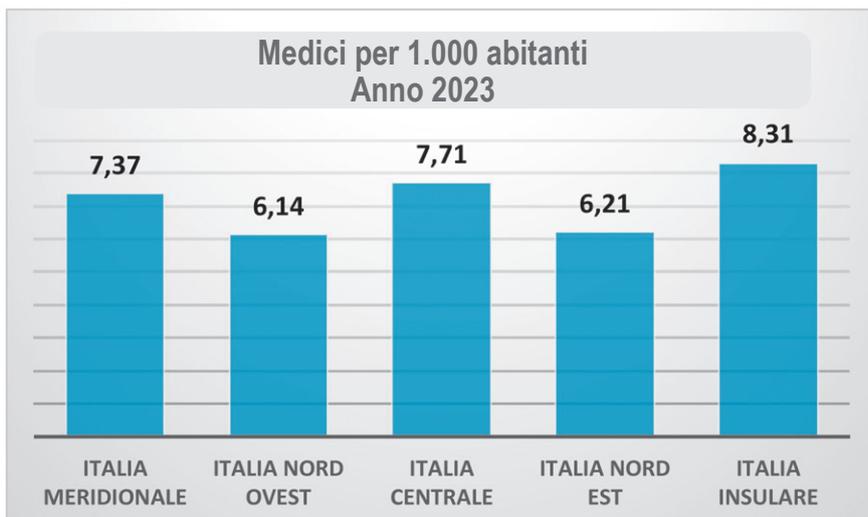
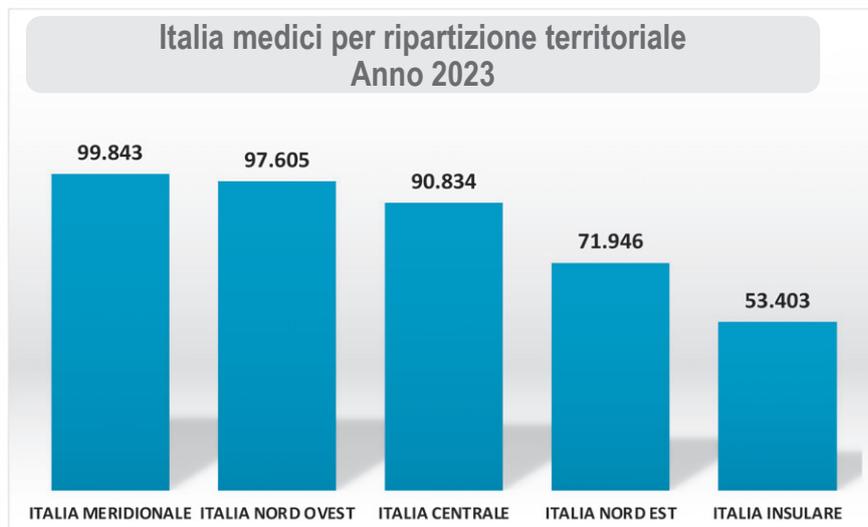
Lo studio ha messo in evidenza come la carenza di personale medico specialistico attualmente in servizio, senza i necessari correttivi in futuro (considerando che siamo nel pieno di un'importante "gobba pensionistica" associata ad un calo di vocazioni verso il SSN dei medici), **potrebbe impedire il raggiungimento degli obiettivi prefissati** nella Missione 6 del PNRR e di quanto previsto nel DM 77.

## Medici

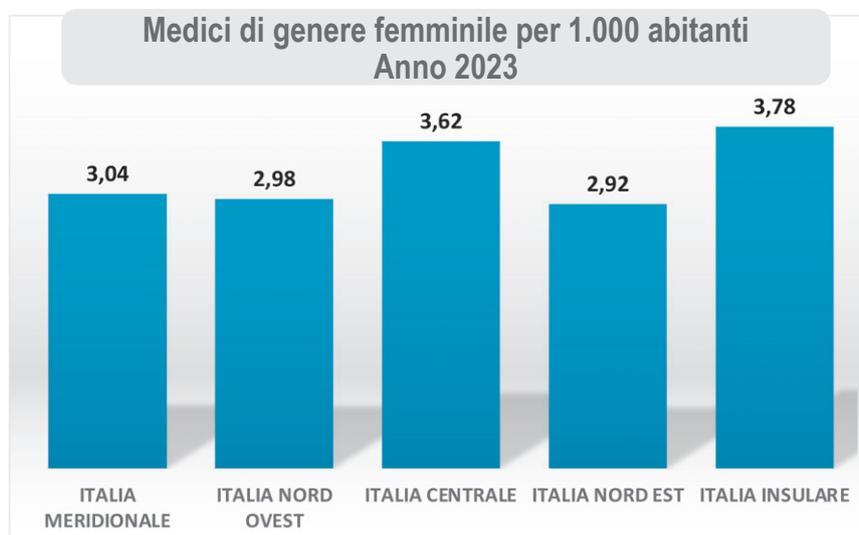
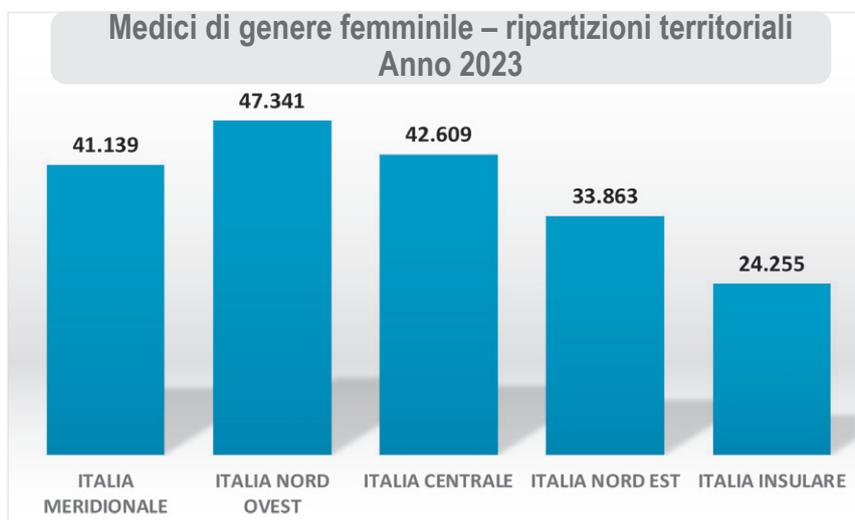
Oggi abbiamo in Italia **413.631** medici:

- **228.808** i medici che possiamo considerare sicuramente attivi appartenenti alla fascia d'età dai 23 ai 59 anni (3.613 medici in più del 2021 quando erano 225.195);
- **114.159** i medici in parte attivi e in parte pensionandi appartenenti alle fasce d'età che vanno dai 60 ai 69 anni (5.880 medici in meno del 2021 quando erano 120.039);
- **70.664** i medici pensionati appartenenti alle fasce d'età dai 70 anni in su con 28.297 medici oltre i 75 anni (16.538 medici in più del 2021 quando erano 54.126);

Nel 2023 nel Nord del Paese abbiamo 169.551 medici (163.849 nel 2021) nel Sud e Isole ci sono 153.246 colleghi, in aumento rispetto al 2021 quando erano 147.363, e infine nel centro i camici bianchi sono **poco più della metà dei medici di tutto il Settentrione, cioè 90.834 medic** contro gli 88.148 medici del 2021.



**Se invece consideriamo**, nelle ripartizioni territoriali, **il rapporto tra medici e 1.000 abitanti** questo nel 2023 appare **nettamente superiore** nell'Italia **Insulare con 8,31 medici per 1.000 abitanti**, seguono **l'Italia Centrale con 7,71 medici per 1.000 abitanti**, **l'Italia Meridionale con 7,37 medici per 1.000 abitanti**, **il Nord-Est d'Italia con 6,21 medici per 1.000 abitanti** ed infine il **Nord-Ovest d'Italia con 6,21 medici per 1.000 abitanti**.

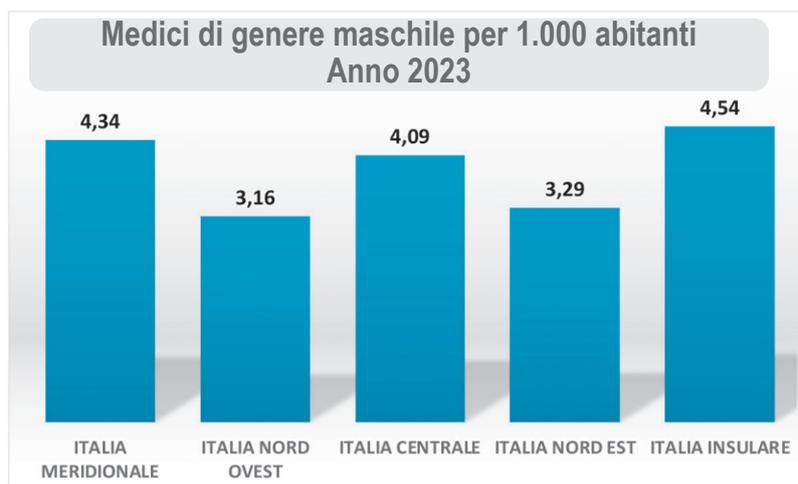
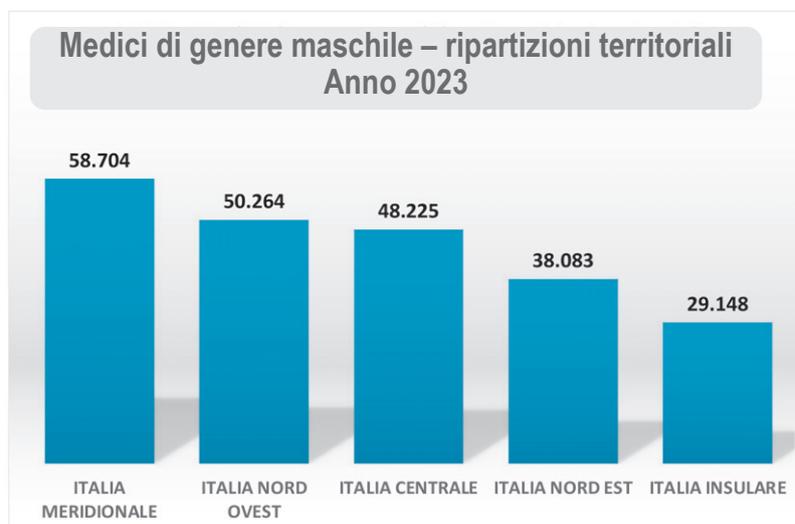


**Come valori assoluti**, in totale, **nell'Italia del Nord** ci sono **più donne medico, 81.204**, in aumento rispetto al 2021 quando erano 76.830.

Nel **Meridione e nelle Isole** il numero di **donne è pari a 65.349**, anche qui in aumento rispetto al 2021 quando erano 61.306.

Nel **Centro Italia**, poco più della metà di tutto il Settentrione, il numero di **dottoresse è aumentato: 42.609** contro le 40.449 del 2021.

Se invece valutiamo il **rapporto tra medici di genere femminile e 1.000 abitanti** questo invece appare nettamente superiore **nell'Italia insulare con 3,78** medici di genere femminile per 1.000 abitanti seguono: **l'Italia Centrale con 3,62** medici di genere femminile per 1.000 abitanti, **l'Italia Meridionale con 3,04** medici di genere femminile per 1.000 abitanti, **il Nord-Ovest d'Italia con 2,98** medici di genere femminile per 1.000 abitanti, **il Nord-Est d'Italia con 2,92** medici di genere femminile per 1.000 abitanti .



Il numero di **medici di genere maschile divisi per ripartizioni territoriali** mette in evidenza **al primo posto l'Italia Meridionale con 58.704** che nel 2021 erano 57.432 medici.

Seguono il **Nord Ovest con 50.264** che nel 2021 erano 49.581, segue il **Centro con 48.225** che nel 2021 erano 47.699, **il Nord Est con 38.083** che nel 2021 erano 37.438 e le **Isole con 29.148** che nel 2021 erano 28.625. Abbiamo poi **l'Italia Meridionale con 4,34** medici di genere maschile per 1.000 abitanti, **l'Italia Centrale con 4,09** medici di genere maschile per 1.000 abitanti, **il Nord-Est d'Italia con 3,29** medici di genere maschile per 1.000 abitanti ed infine **il Nord-Ovest d'Italia con 3,16** medici di genere maschile per 1.000 abitanti.

## Odontoiatri

La popolazione “odontoiatrica” nel 2023 è attualmente composta da **39.040** odontoiatri, **25.496 laureati in medicina con doppia iscrizione** ed iscritti all'albo dei medici e degli odontoiatri e **13.544 laureati in odontoiatria** iscritti quindi al solo albo degli odontoiatri.

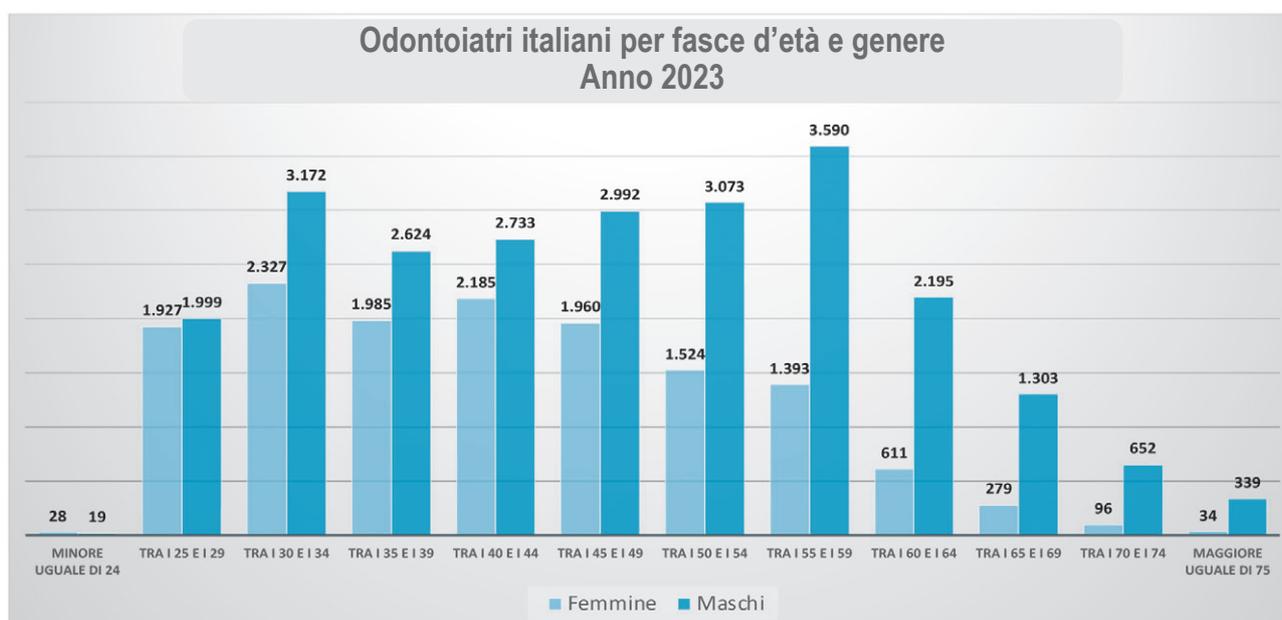
Anche qui possiamo distinguere, come per i medici, 3 grandi categorie:

- **33.531** odontoiatri attivi appartenenti alla **fascia d'età dai 23 ai 59 anni** che nel 2021 erano 30.433;
- **4.388** odontoiatri pensionandi appartenenti alle fasce d'età che vanno **dai 60 ai 69 anni** che nel 2021 erano 5.359;
- **1.321** odontoiatri pensionati appartenenti alle fasce d'età **dai 70 anni in su** con 429 odontoiatri oltre i 75 anni che nel 2021 erano 1.426.

Il totale della **popolazione odontoiatrica** è attualmente composto per il **63,25% da odontoiatri uomini con 24.691 professionisti** che nel 2021 erano 23.825 e per il **36,75% da odontoiatre donne** che nel 2021 erano il 35,99% **con 14.349 professioniste** che nel 2021 erano 13.393.

Pertanto, a differenza di quanto accade per i medici, in campo odontoiatrico rimane ancora prevalente il genere maschile rappresentato in numero nettamente maggiore nella fascia di popolazione odontoiatrica più anziana.

Il numero di odontoiatri di genere femminile inizia a ridurre il differenziale con il genere maschile nella fascia d'età che va dai 25 ai 44 anni ma non ne inverte il rapporto maschi/femmine con ancora una prevalenza del genere maschile di circa l'11,03%.



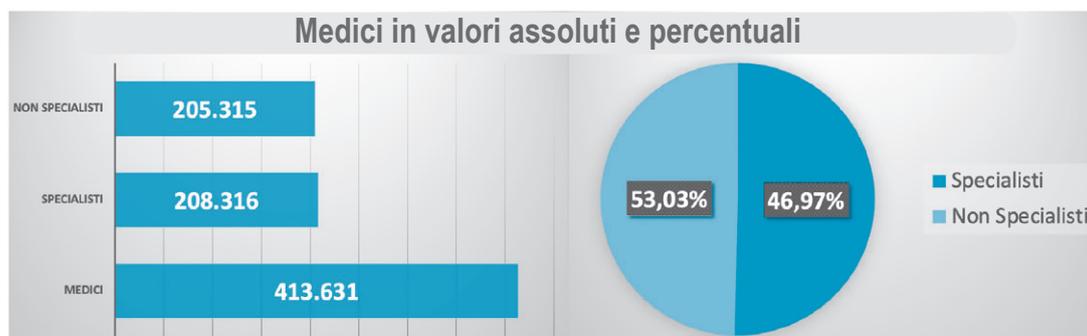
Infatti, in questa fascia di popolazione odontoiatrica **dai 25 anni ai 44 anni il genere maschile** è quello ancora numericamente **predominante con 10.547 professionisti (55,51%) contro i 8.452 professionisti (44,49%) del genere femminile.**

Possiamo quindi certificare che, a differenza di quanto avviene per i medici, la popolazione odontoiatrica risulta prettamente costituita da professionisti di genere maschile anche se si riscontra una lieve riduzione del differenziale tra generi nella fascia d'età che va dai 25 ai 44 anni.

## Medici Specialisti e non Specialisti

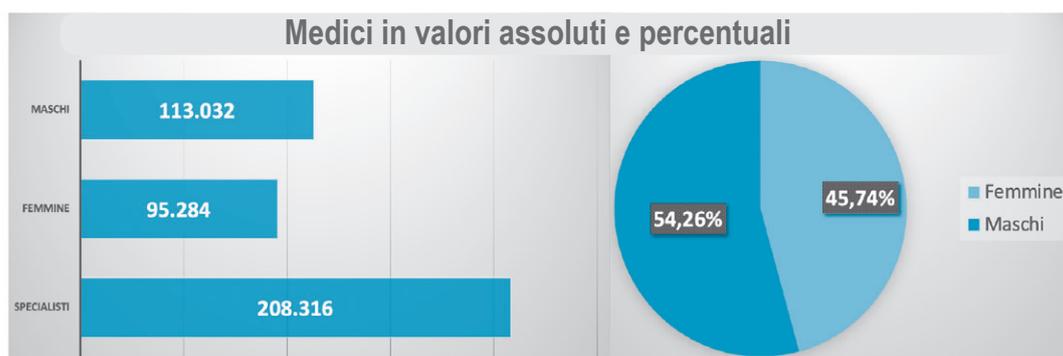
Sono **208.316 i medici che hanno acquisito un titolo di specializzazione**, (nel 2021 erano 189.390) mentre i rimanenti **205.315 non sono in possesso del titolo di specializzazione**, (nel 2021 erano 209.970).

Percentualmente vi sono quindi in Italia **il 50,36% di medici che sono specialisti** (nel 2021 erano il 47,42%) e **il 49,64% di medici senza il titolo di specializzazione** (nel 2021 erano 52,58%).



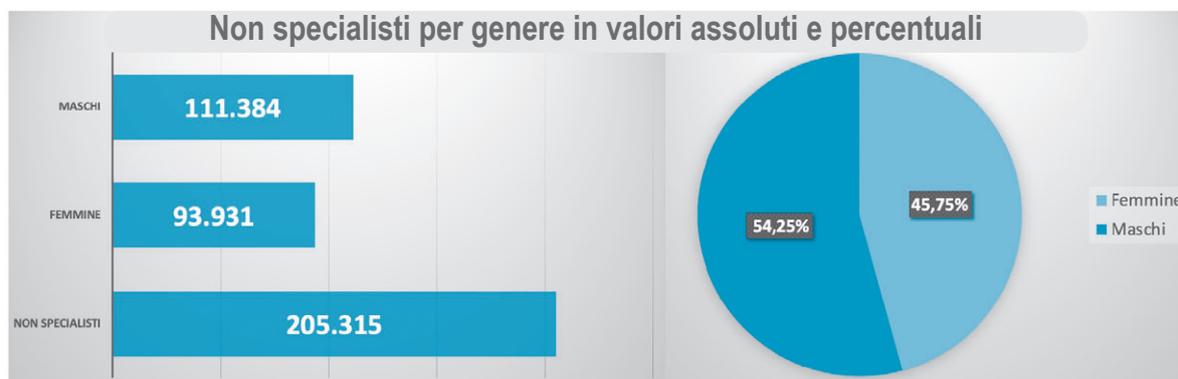
Dei **208.316** medici specialisti iscritti agli albi professionali, **113.032** sono medici **di genere maschile** (108.938 nel 2021) e **95.284 di genere femminile** (80.452 nel 2021).

Percentualmente in Italia i medici specialisti per il **54,26%** sono **di genere maschile** (nel 2021 erano il 57,52%) e per **il 45,74%** sono **di genere femminile** (nel 2021 erano il 42,48%).



Dal 2021 al 2023 **tra i medici senza titolo di specializzazione** i numeri sono cambiati in modo significativo. **Sia tra i medici di genere maschile che tra quelli di genere femminile vi è stato un incremento pari al 5,76%.**

Anche tra i medici privi del titolo di specializzazione, in numeri assoluti, rimane quindi una **prevalenza del genere maschile (+17.453 medici).**



Il rapporto di genere tra medici con titolo di specializzazione e medici senza titolo di specializzazione appare pertanto ugualmente distribuito e con una prevalenza, in valori assoluti, del genere maschile in entrambe le condizioni, sia che abbiano il titolo di specializzazione sia che non abbiano il titolo di specializzazione.

Riassumendo, quindi, il **numero** totale dei **medici specialisti** risulta **inferiore** rispetto a quello dei **non specialisti** ma in entrambi i casi vi è una prevalenza del genere maschile sempre se valutati in valori assoluti.

**Nella fascia d'età da 20 a 49 anni** la maggioranza **di specialisti è al femminile; da 50 anni in su il numero maggiore di specialisti è di genere maschile**, addirittura **più del doppio** nella fascia oltre i 60 anni.

Da **24 a 49 anni su 78.556** professionisti (nel 2021 erano 77.192) **abbiamo 46.362 medici specializzati di genere femminile** (nel 2021 erano 41.860) contro i **32.195 medici specializzati di genere maschile** (nel 2021 erano 35.332).

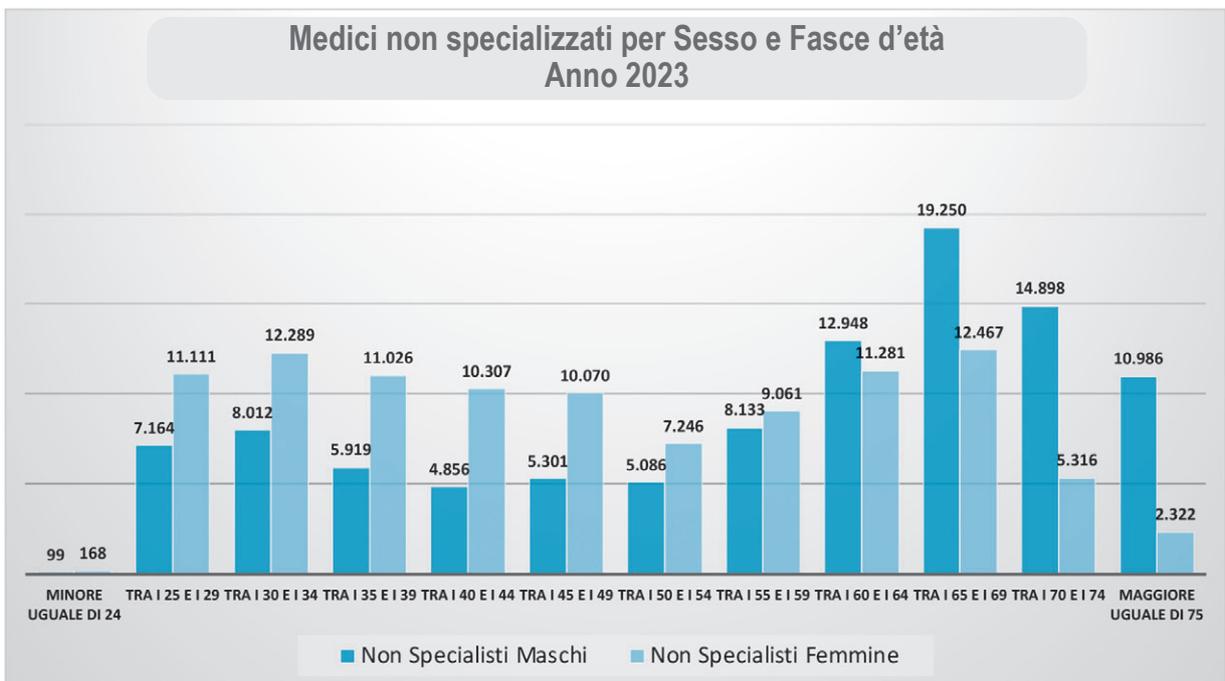
Nella fascia d'età che va da meno di **20 a 49 anni il 59,02% dei medici in possesso di un titolo di specializzazione sono donne** (nel 2021 erano il 54,23%) **mentre il 40,98% dei medici in possesso di un titolo di specializzazione è di genere maschile** (nel 2021 erano il 45,77%).

Nella fascia d'età over **50 anni su 115.726 professionisti** (nel 2021 erano 112.911) **abbiamo 42.503 medici specializzati di genere femminile** (nel 2021 erano 38.592) contro i **73.223 medici specializzati di genere maschile** (nel 2021 erano 74.319).

Riassumendo **nella fascia d'età che va oltre i 50 anni la maggioranza dei medici con un titolo di specializzazione sono uomini il 60,67%, mentre il restante 39,33% sono donne.**



Il dato che mostra una **prevalenza di genere femminile tra i medici specialisti, nella fascia d'età che va da 20 a 49 anni, è in linea con il dato generale che mostra una femminilizzazione della categoria** in queste fasce d'età e pertanto lo possiamo già concretamente considerare come una reale proiezione della categoria medica specialistica nel prossimo futuro.



Dai 50 anni in su, come abbiamo visto tra gli specialisti, abbiamo una prevalenza del genere maschile che raggiunge un numero doppio oltre i 60 anni.

**La prevalenza del genere femminile, tra i non specializzati, si ha nelle fasce d'età tra meno di 24 a 49 anni.**

Nella fascia d'età che va **da meno di 24 a 29 anni troviamo 19.678 medici** (nel 2021 erano 14.991) **con 11.256 professionisti di genere femminile** (nel 2021 erano 7.310) **contro gli 8.421 di genere maschile** (nel 2021 erano 7.681) e quindi con una **prevalenza del genere femminile pari a 2.835 medici**.

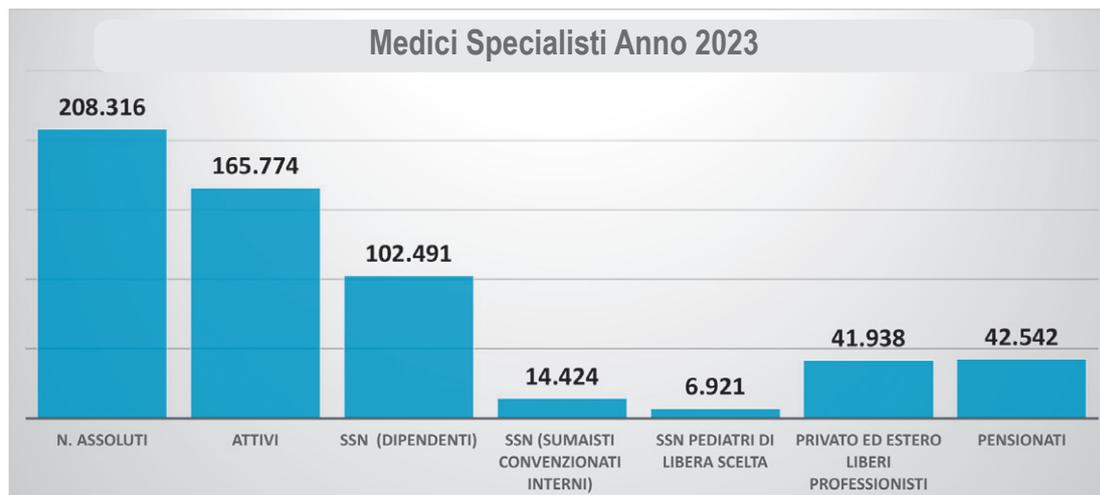
Nella fascia d'età **da 30 a 49 anni su 91.297 professionisti** (nel 2021 erano 75.792) abbiamo **54.948 medici senza titolo di specializzazione di genere femminile** (nel 2021 erano 39.492) **contro i 27.927 medici senza titolo di specializzazione di genere maschile** (nel 2021 erano 36.300).

Riassumendo nella fascia d'età che va **da 20 a 29 anni sono il 57,20% di genere femminile** (nel 2021 era il 48,76%) contro **il 42,80% di genere maschile** (nel 2021 era il 51,24%).

**Da 30 a 49 anni il 60,19% dei medici senza un titolo di specializzazione sono di genere femminile** (nel 2021 era il 52,10%) **mentre il 39,81% dei medici senza un titolo di specializzazione sono di genere maschile** (nel 2021 era il 47,90%).

Nella fascia d'età che va **oltre i 50 anni su 128.052 professionisti** (nel 2021 erano 119.187) abbiamo **45.394 medici non specializzati di genere femminile** (nel 2021 erano 37.133) **contro gli 82.658 medici non specializzati di genere maschile** (nel 2021 erano 82.054).

Quindi nella fascia d'età che va **da meno di 24 a 49 anni il 60,19% dei medici senza un titolo di specializzazione sono di genere femminile** (nel 2021 erano 51,55%) **mentre il 39,81% dei medici senza un titolo di specializzazione è di genere maschile** (nel 2021 era il 48,45%).



Nel 2023 **tra i 208.316** specialisti che oggi risultano iscritti agli ordini professionali (nel 2021 erano 189.390) si possono considerare **professionalmente attivi 165.774 medici** (nel 2021 erano 151.512) **cioè l'79,58% del totale degli specialisti** (nel 2021 era precisamente l'80%).

I rimanenti **42.542 specialisti pari cioè al 17,83% sono attualmente in pensione** (nel 2021 erano 37.878, pari al 20,42%), nonostante alcuni di questi continuino ancora a lavorare privatamente e all'estero, ma non li possiamo considerare tra quelli pienamente attivi.

**Nel SSN sono 123.836 gli specialisti professionalmente attivi (61,83% del totale degli attivi)** (nel 2021 erano invece 117.909 pari al 77,82% del totale), svolgono la loro attività sia come specialisti ospedalieri o come specialisti ambulatoriali convenzionati interni, all'interno di strutture pubbliche e 6.921 (nel 2021 erano 7.373) esercitano invece la professione come pediatri di libera scelta, pari cioè al 4,17% (nel 2021 era il 4,87%).

Sono pertanto **41.938 cioè il 25,30%** del totale quelli che **lavorano nel privato o esclusivamente come liberi professionisti** e che nel 2021 erano 26.230 cioè il 17,31%.

Come abbiamo già detto, **a livello nazionale, il rapporto tra medici specialisti e abitanti è di 3,54 specialisti per 1.000 abitanti.**

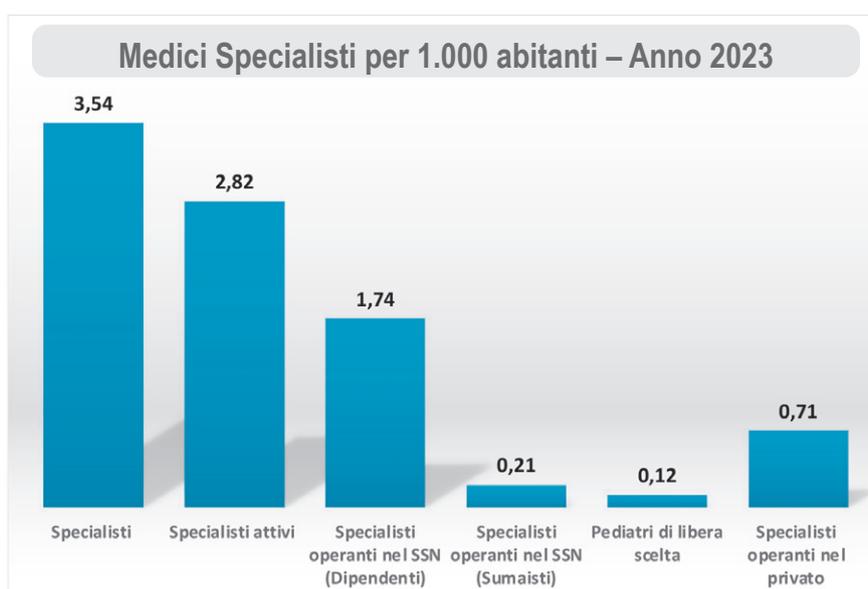


Se andiamo invece a considerare **solo gli specialisti che sono professionalmente attivi** questo numero scende passando da 3,54 medici per 1.000 abitanti a **2,82 medici specialisti per 1.000 abitanti**.

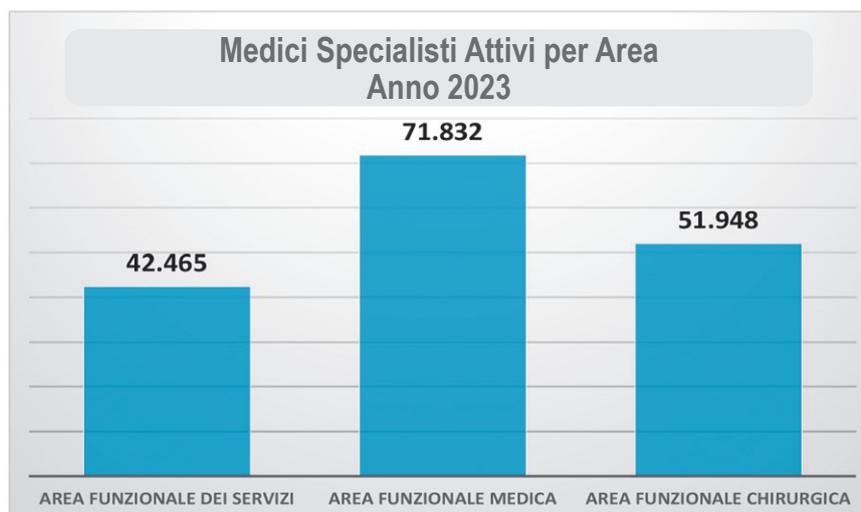
Se si considerano poi solo gli **specialisti operanti nel SSN** (ospedalieri e specialisti ambulatoriali convenzionati interni cosiddetti “sumaisti”) **il numero si riduce ulteriormente passando da 2,82 specialisti per 1.000 abitanti a 2,07 specialisti per 1.000 abitanti**; se consideriamo solo i **dirigenti medici il loro rapporto è di 1,74 medici per 1.000 abitanti** ed infine se consideriamo solo i **sumaisti il loro rapporto è di 0,21 per 1.000 abitanti**.

**Per i pediatri di libera scelta** a livello nazionale il rapporto pediatri per abitanti è di **0,12 pediatri per 1.000 abitanti**.

Il **rapporto specialisti** che esercitano la professione ed **abitanti nel privato è di 0,71 specialisti per 1.000 abitanti** che nel 2021 era di 0,44 per 1.000 abitanti.



I **165.774 medici specialisti** nel 2023 come professionalmente attivi sono divisi nelle **tre Aree: l'Area Medica; l'Area Chirurgica e l'Area dei Servizi** che nel 2021 risultavano in 151.512 medici specialisti e pertanto 14.262 medici in meno del 2023.



Ebbene vi sono ben **71.832 medici** con specializzazioni in **Area Medica** e **51.948 specialisti** con specializzazioni in **Area Chirurgica** e **42.645** con specializzazioni in **Area Servizi**.

Dal grafico appare evidente una netta **prevalenza di specialisti** professionalmente attivi appartenenti **all'Area Medica con il 43,14%** rispetto ai professionisti appartenenti all'**Area Chirurgica pari al 31,08%** e quelli appartenente all'**Area dei Servizi pari al 25,62%**.

È molto interessante notare l'evoluzione nel corso degli anni, partendo dal 2010 fino ad arrivare al 2023, del numero di medici specialisti presenti nelle diverse aree.

Per quanto riguarda l'**Area Funzionale Medica** riscontriamo, infatti, **dal 2010 ad oggi**, un crescente e **costante aumento del numero di specialisti** avvenuto specialmente negli ultimi tre anni dal 2021 al 2023.

Per quanto riguarda l'**Area Chirurgica** si riscontrava un costante aumento, anche se leggero, nel periodo che andava dal 2010 al 2017 seguito da una successiva altalenante tendenza al lieve aumento e successiva **riduzione dal 2018 al 2020 con un costante leggerissimo aumento dal 2021 al 2023**.

Per quanto riguarda l'**Area Funzionale dei Servizi** si riscontra una sostanziale equivalenza dal 2010 al 2020 con una **tendenza ad un chiaro progressivo aumento dal 2021 al 2023**.

Consideriamo invece il grande differenziale numerico esistente tra quello degli specialisti che hanno scelto l'Area Medica rispetto a quelli che hanno scelto l'Area Chirurgica a favore di chi ha scelto l'Area Medica, aumento costante negli anni.

Sono **111.404** quelli di genere maschile mentre **83.922** sono quelli di genere femminile.



Nel 2023 tra i **205.315 non specialisti** che oggi risultano iscritti agli ordini professionali e che nel 2021 erano 209.970, quindi **in diminuzione di 15.925** unità, si possono considerare professionalmente **attivi 171.173 medici** cioè **l'83,37% del totale**.

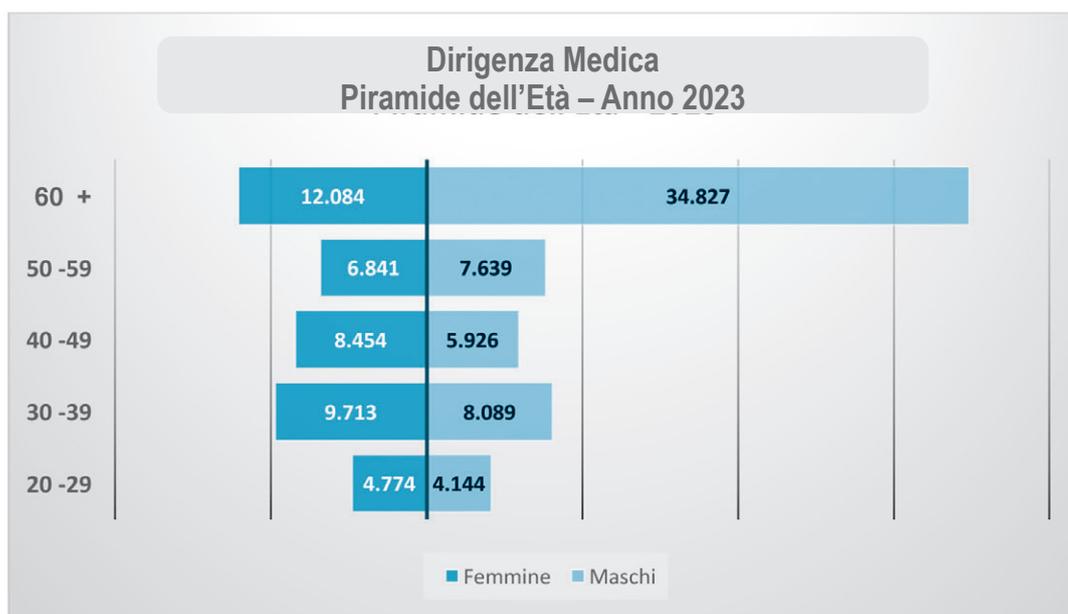
## I Medici e gli Odontoiatri del SSN

### Dirigenza Medica

I medici dirigenti delle ASL e delle aziende Ospedaliere sono nel 2023 pari a **102.391** cioè l'**1,74% per mille abitanti** (nel 2021 erano 103.092 cioè l'1,75 per 1.000 abitanti).

Quindi 701 in meno rispetto al 2021 pari a **- 0,67%**.

Medici Dirigenti del SSN			
Classi di età	Femmine	Maschi	Totale
20 -29	4.774	4.144	<b>8.918</b>
30 -39	9.713	8.089	<b>17.802</b>
40 -49	8.454	5.926	<b>14.381</b>
50 -59	6.841	7.639	<b>14.480</b>
60 +	12.084	34.827	<b>46.910</b>
<b>Totale</b>	<b>41.866</b>	<b>60.625</b>	<b>102.491</b>



Medici Dirigenti - Differenziale Femmine vs Maschi		
Classi di età	Differenza Femmine vs Maschi	Percentuale
20 -29	630	7,06
30 -39	1.623	9,12
40 -49	2.528	17,58
50 -59	-797	-5,51
60 +	-22.743	-48,48
<b>Totale</b>	<b>-18.759</b>	<b>-18,30</b>

Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe over 60 sia molto più numerosa e quella di età compresa tra 20-29 anni sia la percentuale minore; per le donne i dati mostrano le prime tre fasce di età più numerose rispetto a quelle degli uomini confermando che la **popolazione femminile medica nella dirigenza è in costante e continuo aumento** e che si avrà l'inversione di genere entro 10 anni.

**Dal 2019 al 2022** abbiamo assistito al fenomeno di anticipazione della quiescenza o di dimissioni dei dirigenti medici che ammontano ad **11.093 dirigenti che hanno lasciato il lavoro nelle strutture pubbliche del SSN**.

Dimissioni medici dal SSN dal 2019 al 2021	
Anno	Dimissioni
2019	3.123
2020	2.075
2021	2.886
2022	3.009
<b>Totale complessivo</b>	<b>11.093</b>

Considerando solo chi va in quiescenza **dei 102.491** dirigenti medici, senza il necessario turnover ci troveremo **nel 2027 con 69,061** medici in servizio negli ospedali pubblici. Se poi continueranno **anche le dimissioni** con la stessa media, circa 12.500 abbandoni in 5 anni, ci troveremo con **56.561 medici** (ovviamente in assenza di *turnover*) recitando il de profundis dell'attività ospedaliera del SSN.

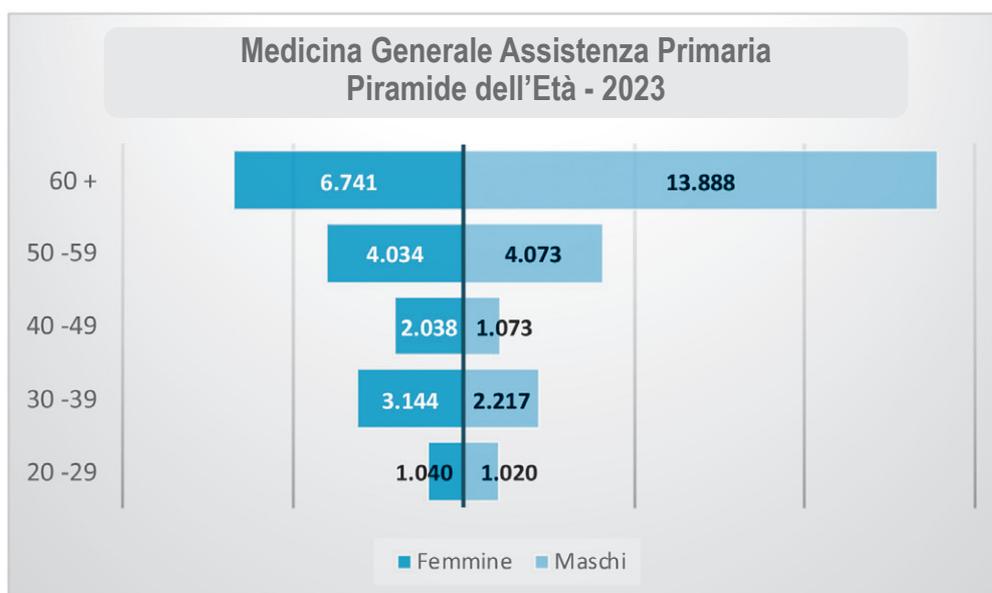
## Medici di Medicina Generale di Assistenza Primaria

I medici di medicina generale di Assistenza Primaria sono nel 2023 pari a **39.270** cioè lo **0,69 per mille abitanti** (nel 2021 erano 40.769 cioè lo 0,70 per 1.000 abitanti).

Quindi **1.499 in meno** rispetto al 2021 pari a **- 3,68%**.

Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe di età + 60 anni sia molto più numerosa e quella di età compresa tra 20-29 anni rappresenta la percentuale minore; per le donne i dati mostrano le prime tre fasce di età più numerose rispetto a quelle degli uomini confermando che la popolazione femminile medica nella Medicina Generale di Assistenza Primaria è in costante e continuo aumento.

Medici di Medicina Generale di Assistenza Primaria del SSN			
Classi di età	Femmine	Maschi	Totale
20 -29	1.040	1.020	2.060
30 -39	3.144	2.217	5.361
40 -49	2.038	1.073	3.111
50 -59	4.034	4.073	8.108
60 +	6.741	13.888	20.629
<b>Totale</b>	<b>17.002</b>	<b>22.268</b>	<b>39.270</b>



Medici Medicina Generale di Assistenza Primaria - Differenziale Femmine vs Maschi		
Classi di età	Differenza Femmine vs Maschi	Percentuale
20 -29	20	+ 0,97%
30 -39	927	+ 17,29%
40 -49	965	+ 31,01%
50 -59	-39	.0,49%
60 +	-7.147	- 34,65%
<b>Totale</b>	<b>-5.266</b>	<b>-0,13</b>

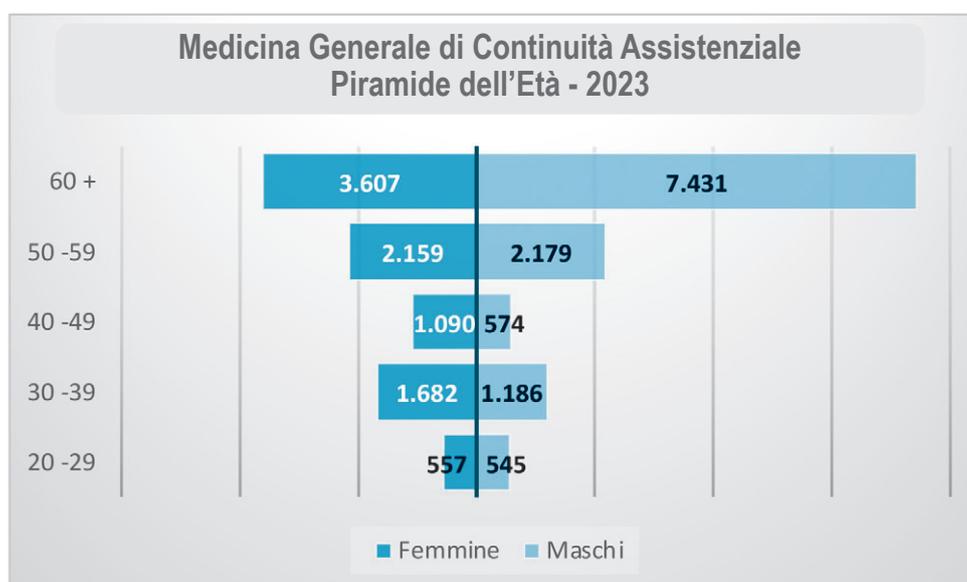
Il fenomeno degli abbandoni è percentualmente di poco inferiore rispetto a quello della dipendenza ma **l'età media** dei medici di Medicina Generale di Assistenza Primaria **è di 60,05 anni (59,20 per le donne e 60,90 per gli uomini)**.

## Medici di Medicina Generale della Continuità Assistenziale

I medici di medicina generale della continuità assistenziale sono nel 2023 pari a **21.011** cioè lo **0,44 per mille abitanti** (nel 2021 erano 20.714 cioè lo 0,44 per 1.000 abitanti).

Quindi **297 in più** rispetto al 2021 pari a **+ 1,01%** dovuto ad assunzioni per il COVID.

Medici di Medicina Generale di Continuità Assistenziale del SSN			
Classi di età	Femmine	Maschi	Totale
20 -29	557	545	<b>1.102</b>
30 -39	1.682	1.186	<b>2.869</b>
40 -49	1.090	574	<b>1.665</b>
50 -59	2.159	2.179	<b>4.338</b>
60 +	3.607	7.431	<b>11.037</b>
<b>Totale</b>	<b>9.097</b>	<b>11.914</b>	<b>21.011</b>



Medici Medicina Generale di Continuità Assistenziale - Differenziale Femmine vs Maschi		
Classi di età	Differenza Femmine vs Maschi	Percentuale
20 -29	12	<b>+ 1,09%</b>
30 -39	496	<b>+ 17,29%</b>
40 -49	516	<b>+ 31,00%</b>
50 -59	-20	<b>- 0,46%</b>
60 +	-3.824	<b>- 34,65%</b>
<b>Totale</b>	<b>-2.817</b>	<b>-13,41%</b>

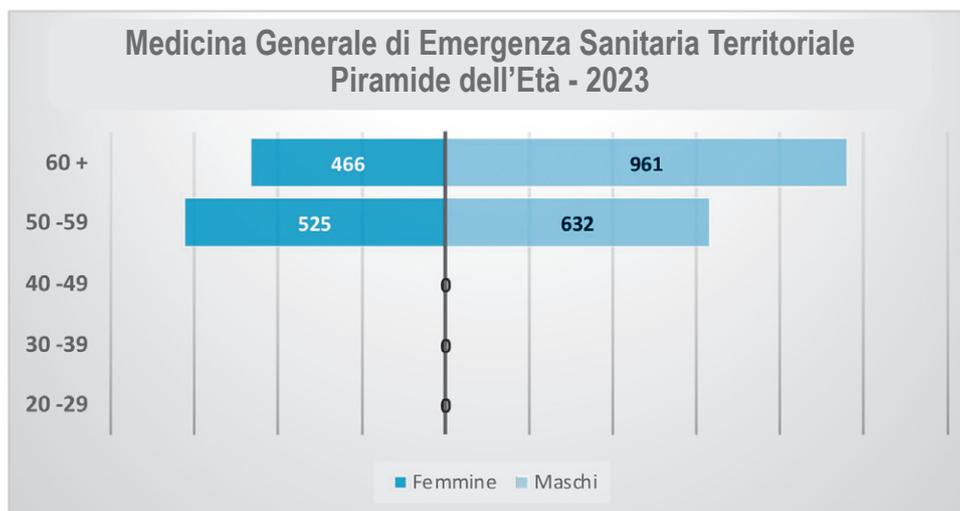
Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come **la classe di età + 60 anni sia molto più numerosa** e quella di età compresa tra **20-29 anni che rappresenta la percentuale minore**; per le femmine i dati mostrano le prime tre fasce di età più numerose rispetto a quelle dei maschi confermando che la popolazione femminile medica anche nella Medicina Generale di Continuità Assistenziale è in costante e continuo aumento.

## Medici di Medicina Generale dell’Emergenza Territoriale

I medici di medicina generale dell’Emergenza Territoriale sono nel 2023 pari a **2.684** cioè lo **0,05 per mille abitanti** (nel 2021 erano 2.952 cioè lo 0,06 per 1.000 abitanti).

Quindi **268 in meno** rispetto al 2021 pari a **- 9,07%**.

Medici di Medicina Generale di Emergenza Sanitaria Territoriale del SSN			
Classi di età	Femmine	Maschi	Totale
20 -29	0	0	<b>0</b>
30 -39	0	0	<b>0</b>
40 -49	0	0	<b>0</b>
50 -59	625	632	<b>1.257</b>
60 +	466	961	<b>1.427</b>
<b>Totale</b>	<b>1.162</b>	<b>1.522</b>	<b>2.684</b>



Medici Medicina Generale di Emergenza Territoriale - Differenziale Femmine vs Maschi		
Classi di età	Differenza Femmine vs Maschi	Percentuale
20 -29	0	<b>0</b>
30 -39	0	<b>0</b>
40 -49	0	<b>0</b>
50 -59	-7	<b>- 49,72%</b>
60 +	-495	<b>- 32,66%</b>
<b>Totale</b>	<b>-360</b>	<b>- 43,29%</b>

Dall'analisi della piramide dell'età si nota come la **media dei medici di Medicina Generale di Emergenza Sanitaria Territoriale del SSN risulta pari a 62,75 anni (61,56 per le donne e 63,89 per gli uomini)**, e si rileva una maggiore presenza del sesso maschile.

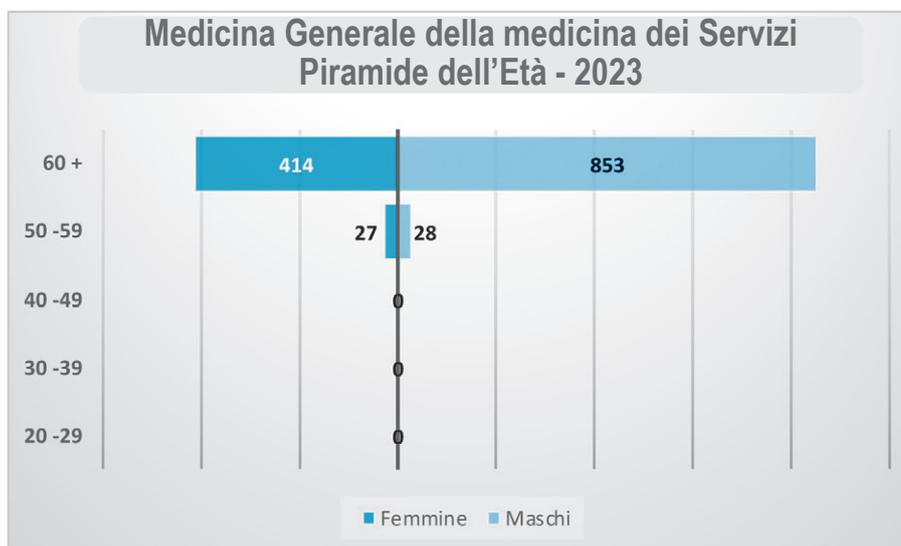
Non esistono le classi giovani tra i medici di Medicina Generale di Emergenza Sanitaria Territoriale Convenzionata nelle classi più giovani poiché per scelta organizzativa rientrano nella categoria dei dirigenti.

## Medici di Medicina Generale della Medicina dei Servizi

I medici di medicina generale della medicina dei servizi sono nel 2023 pari a **1.322** cioè lo **0,02 per mille abitanti** (nel 2021 erano 1.439 cioè lo 0,02 per 1.000 abitanti).

Quindi **117 in meno** rispetto al 2021 pari a **- 8,13%**.

Medici di Medicina Generale della Medicina dei Servizi del SSN			
Classi di età	Femmine	Maschi	Totale
20 -29	0	0	<b>0</b>
30 -39	0	0	<b>0</b>
40 -49	0	0	<b>0</b>
50 -59	27	28	<b>55</b>
60 +	414	853	<b>1.267</b>
<b>Totale</b>	<b>572</b>	<b>750</b>	<b>1.322</b>



Medici Medicina Generale della Medicina dei Servizi - Differenziale Femmine vs Maschi		
Classi di età	Differenza Femmine vs Maschi	Percentuale
20 -29	0	<b>0</b>
30 -39	0	<b>0</b>
40 -49	0	<b>0</b>
50 -59	-1	<b>- 49,09%</b>
60 +	-439	<b>- 32,68%</b>
<b>Totale</b>	<b>-187</b>	<b>- 43,27%</b>

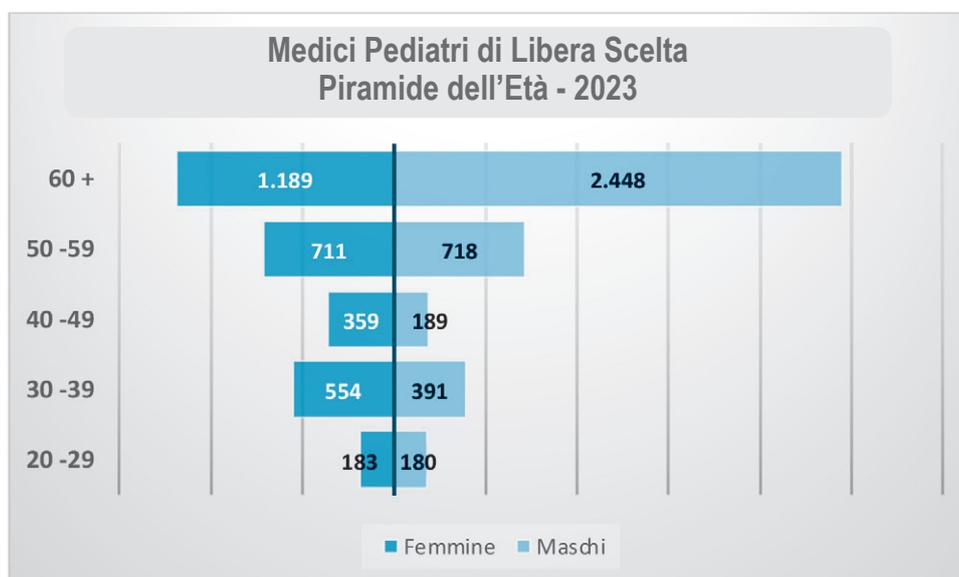
Dall'analisi della Piramide dell'Età la **media** dei medici di Medicina Generale della **Medicina dei Servizi** del SSN risulta pari a **62,13 anni (61,05 per le donne e 63,21 per gli uomini)**, e si rileva una maggiore presenza del sesso maschile. Assenti le fasce d'età da 20 a 49 anni.

## Pediatri di Libera Scelta

I medici pediatri di Libera Scelta nel 2023 sono pari a **6.921** cioè lo **0,11 per mille abitanti** (nel 2021 erano 7.143 cioè lo 0,12 per 1.000 abitanti).

Quindi **222 in meno** rispetto al 2021 pari a **- 3,10%**.

Pediatria di Libera Scelta del SSN			
Classi di età	Femmine	Maschi	Totale
20 -29	183	180	363
30 -39	554	391	945
40 -49	359	189	548
50 -59	711	718	1.429
60 +	1.189	2.448	3.636
<b>Totale</b>	<b>2.997</b>	<b>3.924</b>	<b>6.921</b>



Medici Pediatri di Libera Scelta - Differenziale Femmine vs Maschi		
Classi di età	Differenza Femmine vs Maschi	Percentuale
20 -29	3	+ 0,92
30 -39	163	+ 17,25%
40 -49	170	+ 31,00%
50 -59	-7	- 0,49%
60 +	-1.259	-34,62%
<b>Totale</b>	<b>-927</b>	<b>-13,40%</b>

Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe over **60** sia molto **più numerosa** e quella di età compresa **tra 20-29 anni rappresenta la percentuale minore**; per le donne i dati mostrano le prime tre fasce di età più numerose rispetto a quelle dei maschi confermando che la popolazione femminile medica nella Pediatria di Libera Scelta è in costante e continuo aumento.

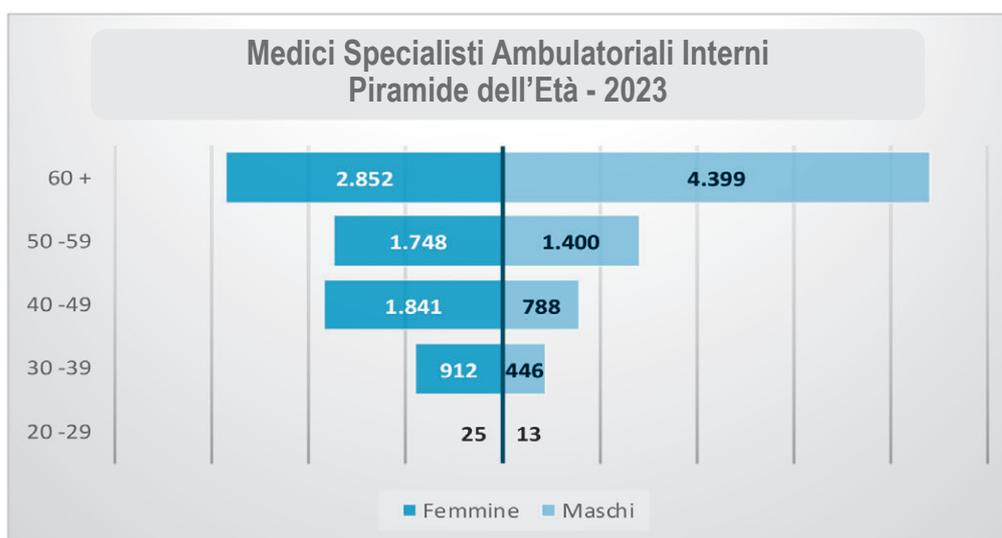
**L'età media** dei medici **Pediatri di Libera Scelta** del SSN risulta pari a **59,06 anni (58,12 per le donne e 60,01 per gli uomini)**.

## Medici Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni

I medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni titolari di incarico a tempo indeterminato sono nel 2023 pari a **14.424** cioè lo **0,24 per mille abitanti** (nel 2021 erano 14.494 cioè lo 0,24 per 1.000 abitanti).

Quindi **70 in meno** rispetto al 2021 pari a **- 0,48%**.

Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna del SSN			
Classi di età	Femmine	Maschi	Totale
20 -29	25	13	38
30 -39	912	446	1.358
40 -49	1.841	788	2.629
50 -59	1.748	1.400	3.148
60 +	2.852	4.399	7.251
<b>Totale</b>	<b>7.378</b>	<b>7.046</b>	<b>14.424</b>



Medici Specialisti Ambulatoriali Interni - Differenziale Femmine vs Maschi		
Classi di età	Differenza Femmine vs Maschi	Percentuale
20 -29	12	+ 31,23%
30 -39	466	+ 34,34%
40 -49	1.053	+ 40,05%
50 -59	348	+11,05%
60 +	-1.547	- 21,34%
<b>Totale</b>	<b>332</b>	<b>+ 2,30%</b>

Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe di età **over 60** sia **più numerosa** e quella di età compresa **tra i 20 e i 29 anni** rappresenta la percentuale **fortemente minore**; per le femmine i dati mostrano le prime tre fasce di età più numerose rispetto a quelle dei maschi confermando che la popolazione femminile medica nella Specialistica Ambulatoriale Interna è in costante e continuo aumento ed ha come componente maggioritaria proprio il genere femminile.

**La specialistica ambulatoriale convenzionata interna è l'unica categoria medica dove è già avvenuta l'inversione di genere per il forte gradimento di questo rapporto giuridico con il SSN da parte delle specialiste.**

### Riepilogo Specialisti del SSN:

I medici dirigenti delle ASL e delle aziende Ospedaliere sono nel 2023 **102.391** cioè **l'1,74% per mille abitanti** (nel 2021 erano 103.092 cioè l'1,75 per 1.000 abitanti).

I medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni titolari di incarico a tempo indeterminato nel 2023 sono **14.424**, cioè lo **0,24 per mille abitanti** (nel 2021 erano 14.494 ovvero lo 0,24 per 1.000 abitanti).

I medici pediatri di Libera Scelta nel 2023 sono **6.921** cioè lo **0,11 per mille abitanti** (nel 2021 erano 7.143 cioè lo 0,12 per 1.000 abitanti).

Per cui:

- Dirigenti: 701 in meno rispetto al 2021 pari a **- 0,67%**.
- Specialisti Ambulatoriali: **70 in meno** rispetto al 2021 pari a **- 0,48%**.
- Pediatri di Libera Scelta **222 in meno** rispetto al 2021 pari a **- 3,10%**.

### Riepilogo Non Specialisti nel SSN:

I medici di medicina generale di Assistenza Primaria nel 2023 sono **39.270** cioè lo **0,69 per mille abitanti** (nel 2021 erano 40.769 cioè lo 0,70 per 1.000 abitanti).

I medici di medicina generale della continuità assistenziale nel 2023 sono **21.011** cioè lo **0,44 per mille abitanti** (nel 2021 erano 20.714 cioè lo 0,44 per 1.000 abitanti).

I medici di medicina generale dell'Emergenza Territoriale nel 2023 sono **2.684** cioè lo **0,05 per mille abitanti** (nel 2021 erano 2.952 cioè lo 0,06 per 1.000 abitanti).

I medici di medicina generale della medicina dei servizi nel 2023 sono **1.322** cioè lo **0,02 per mille abitanti** (nel 2021 erano 1.439 cioè lo 0,02 per 1.000 abitanti).

Per cui:

- Medici di Assistenza Primaria: **1.499 in meno** rispetto al 2021 pari a **- 3,68%**.
- Medici di Continuità Assistenziale: **297 in più** rispetto al 2021 pari a **+ 1,01%**
- Medici dell'Emergenza Territoriale: **268 in meno** rispetto al 2021 pari a **- 9,07%**
- Medici dei Servizi: **117 in meno** rispetto al 2021 pari a **- 8,13%**.

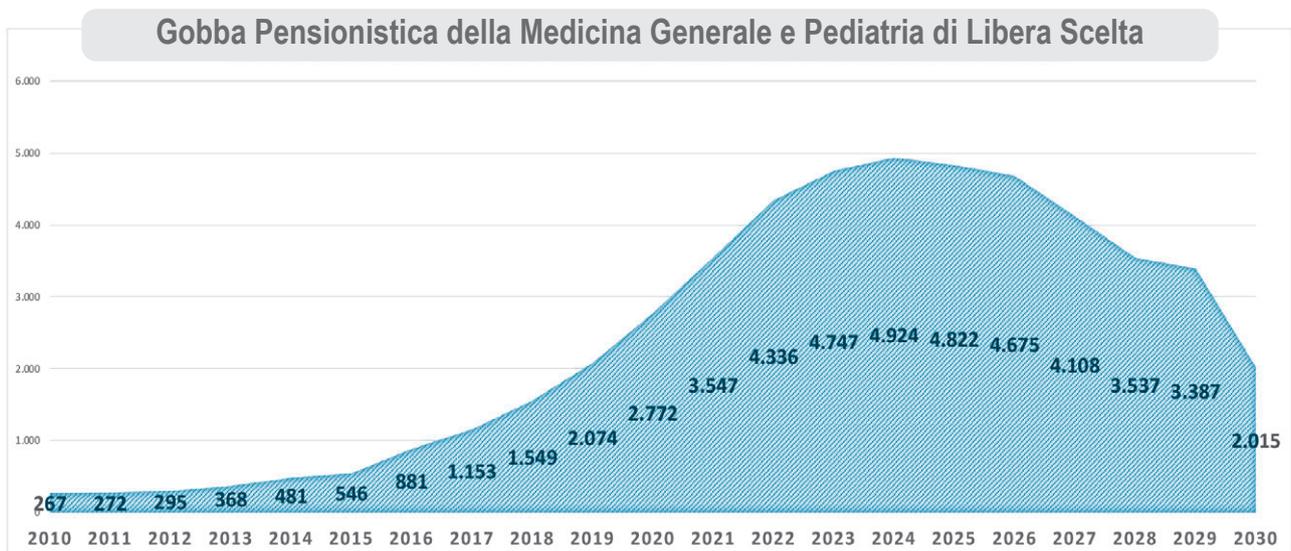
Dai numeri sopra riportati non si può non fare che una considerazione.

Salta subito agli occhi che i Medici del SSN sono in progressiva e costante diminuzione sia i dirigenti che i convenzionati. Unica eccezione è rappresentata dai medici della continuità assistenziale che sono aumentati di poche unità a causa della regolarizzazione di alcuni colleghi che durante il COVID hanno lavorato nelle USCA.

Altro problema che si aggiunge al precedente è che siamo appena entrati nella porzione più critica della gobba pensionistica e che a breve, in assenza di adeguato turnover, avremo:

Per la **medicina generale e la pediatria** di libera scelta **4.747 pensionamenti nel 2023** con l'apice della gobba pensionistica che sarà **nel 2024 con 4.924 pensionamenti**.

La gobba poi mostrerà negli anni successivi numeri in lenta discesa, ma comunque sempre ancora alti per arrivare al 2030 con lo stesso numero circa dei pensionamenti avuti nell'anno 2015 con tendenza poi alla costante diminuzione negli anni successivi.



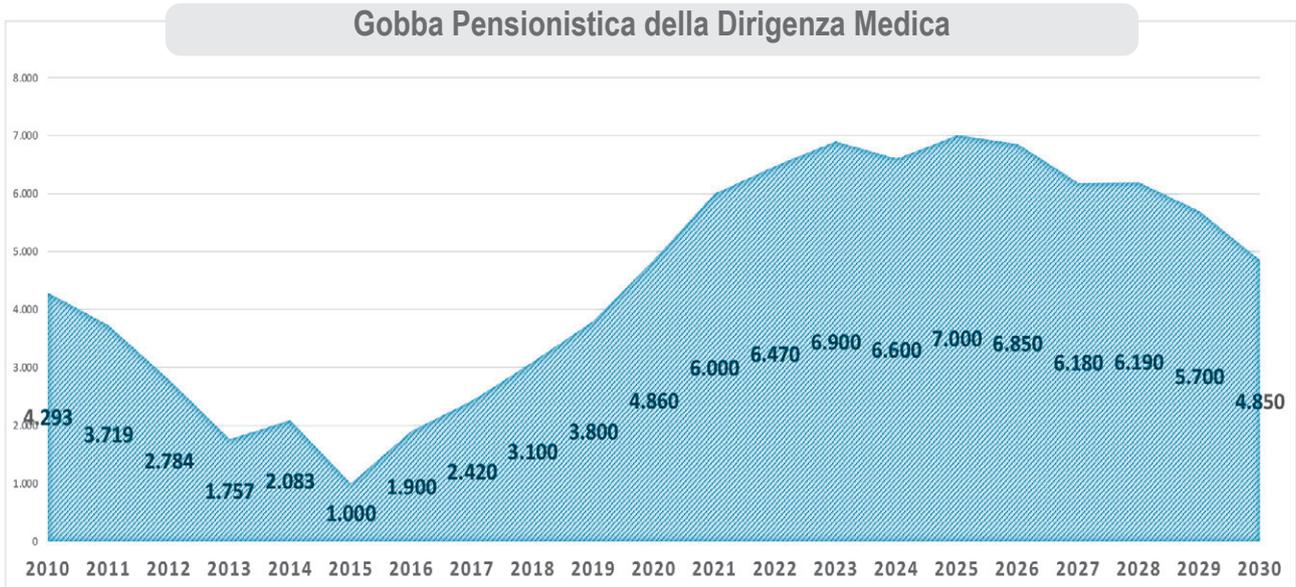
Per **specialistica ambulatoriale** convenzionata interna **1.116 pensionamenti nel 2023** che nel **2024 saliranno a quota 1.224**.

**L'apice della gobba pensionistica sarà nel 2025 con 1.334 pensionamenti** ed anche qui si tornerà solo nel 2030 ai 605 pensionati nell'anno con tendenza alla diminuzione negli anni successivi.



Nella dirigenza medica **nel 2023 ci saranno 6.900 pensionamenti**, nel **2024 ci saranno 6.600 pensionamenti** mentre l'apice della gobba pensionistica sarà **nel 2025 con 7.000 pensionamenti**.

Rimarranno sempre numeri alti sino al 2030 quando saranno 4.850 i pensionamenti per anno, con tendenza alla diminuzione negli anni successivi ma sempre in numero considerevole considerando che a questi numeri si stanno aggiungendo anche le dimissioni volontarie (circa 3.000 per anno) che aggravano ulteriormente la situazione del SSN.



Entro il 2025, facendo la somma, perderemo fisiologicamente **14.493 medici di medicina generale e pediatri** di libera scelta; **3.674 specialisti ambulatoriali**; **20.500 dirigenti medici** per un **totale di 38.667** medici senza contare i prepensionamenti, le dimissioni volontarie e i medici che emigrano all'estero.



## Le altre professioni del SSN

Oltre ai medici ovviamente operano nel Servizio Sanitario Nazionale anche altre professioni sanitarie che ci stanno particolarmente a cuore:

### Medici Veterinari

Nel 2023 sono 4.469 i Veterinari dipendenti e 1.176 convenzionati interni.

Nel 2018 erano 4.637 i dipendenti e 1.247 i convenzionati.

Si evidenzia quindi in 5 anni un importante calo di medici veterinari sia dipendenti che convenzionati con 168 veterinari dipendenti in meno (-3,76%) e 71 convenzionati in meno (-6,03%).

Un chiaro segnale di poca attrattività del SSN per questa professione che oggi vive un momento magico per quanto riguarda la libera professione.

### Psicologi

Nel 2023 sono 4.103 gli psicologi dipendenti e 1.567 convenzionati interni

Nel 2018 erano 4.224 i dipendenti e 1.191 i convenzionati.

Un importante calo di professionisti tra i dipendenti ed un forte incremento tra i convenzionati con 121 psicologi dipendenti in meno (-2,95%) e 376 convenzionati in più (+23,99%).

Anche in questo caso si evidenzia la poca attrattività per questa professione nel rapporto giuridico di dipendenza e una preferenza verso il rapporto convenzionale che permette anche di esercitare la libera professione.

### Biologi

Nel 2023 sono 1.759 i Biologi dipendenti e 391 i convenzionati interni.

Nel 2018 erano 1.656 i dipendenti e 325 i convenzionati.

Un importante incremento di professionisti tra i dipendenti e tra i convenzionati con 103 biologi dipendenti in più (+5,85%) e 66 convenzionati in più (+16,88%).

In questo caso si evidenzia una buona attrattività del SSN, sempre maggiore però verso un rapporto giuridico di tipo convenzionale rispetto a quello di dipendente che permette di esercitare la libera professione.

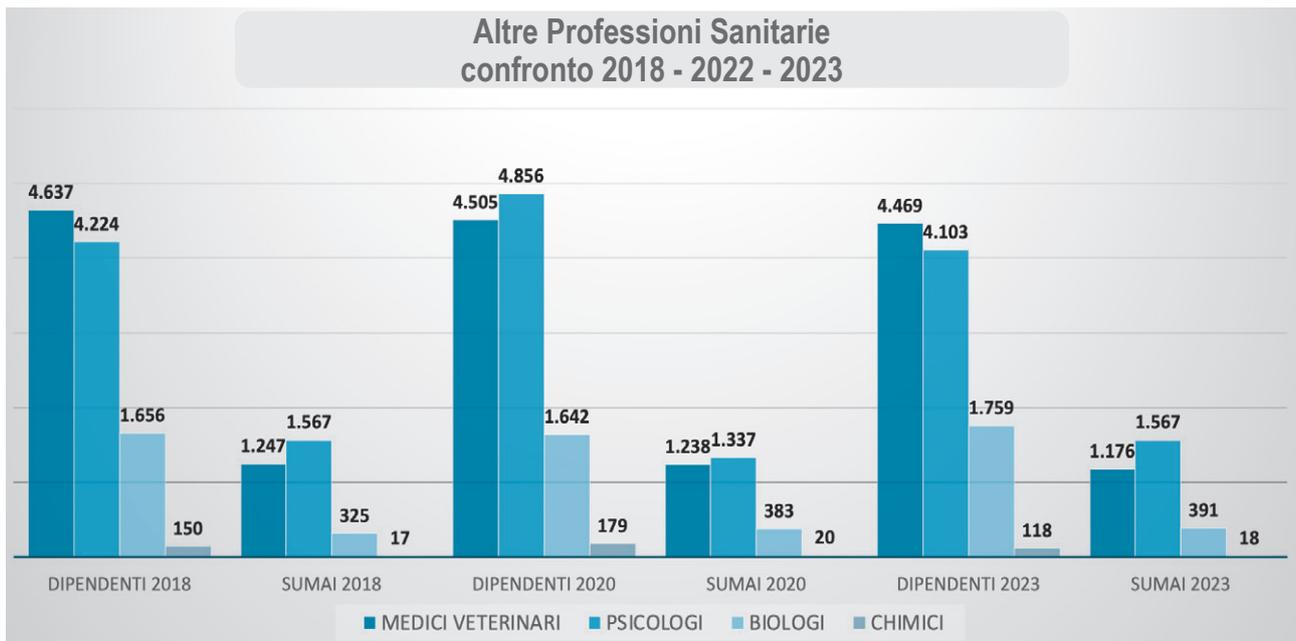
## Chimici

Nel 2023 sono 118 i chimici dipendenti e 18 i convenzionati interni

Nel 2018 erano 150 i dipendenti (+32) e 17 i convenzionati (-1).

Un incremento di professionisti tra i dipendenti e tra i convenzionati con 32 chimici dipendenti in più (+27,11%) e 1 convenzionato in più (+5,56%).

In questo caso per questa professione si evidenzia maggiore attrattività anche del rapporto giuridico di dipendenza forse anche perché sono poche le pubblicazioni di ore di specialistica ambulatoriale per questa area professionale e forse anche perché c'è meno spazio nella libera professione.



## La fuga dal SSN

La sensazione di abbandono che provano oggi i medici dopo il COVID, come tutto il personale sanitario, e la scarsa attenzione alla manutenzione del SSN sta portando molti medici e professionisti della sanità, soprattutto quelli più giovani ma non solo, a cercare strade alternative per vivere la loro professione con meno burocrazia, più sicurezza, migliore retribuzione e migliore organizzazione.

Quando parliamo di organizzazione non parliamo solo del SSN ma anche la propria organizzazione di vita, consentendo ad esempio alle donne, mediche e operatrici sanitarie in genere, di poter progettare una maternità, conciliare il lavoro con la famiglia, seguire i figli e inoltre per tutti, uomini e donne, gestire anche il proprio tempo in modo soddisfacente.

Insomma, lavorare per vivere e non vivere per lavorare.

**Signori, se non ci saranno subito investimenti seri e decisivi sul personale sanitario, la Sanità Pubblica Italiana che conosciamo oggi, anche se in crisi, dal 2025 rischia di saltare realmente poiché, come abbiamo visto mancheranno quasi 39mila medici.**

**Per cui se mi concedete una “battuta” per alleggerire vorrei suggerire “a chi ha intenzione di ammalarsi di farlo subito, entro i prossimi due anni, perché poi, numeri alla mano non si garantiscono più le cure per assenza di personale medico e non solo”.**

A parte le battutacce del Segretario Generale, come SUMAI Assoprof vogliamo testimoniare l'apprezzamento per ciò che sta facendo il Ministro della Salute, Orazio Schillaci nel tentativo di ottenere le risorse economiche necessarie al Fondo Sanitario Nazionale da destinare soprattutto al personale adeguando così le retribuzioni dei medici italiani a quelle degli altri paesi Europei.

Chiediamo al Ministro dell'Economia e Finanze, Giancarlo Giorgetti, di mettersi una mano sulla coscienza e supportare il suo collega Schillaci invertendo quanto fatto dal MEF in questi ultimi 15 anni portando quindi risorse alla Sanità e non sottrarle poiché gli italiani in buona salute fanno bene all'economia e al PIL.

Il Presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, ha dichiarato di voler investire, in questa finanziaria, nella Sanità Pubblica per cui fatelo, ma sul serio perché c'è rimasto poco tempo prima che salti tutto.

Sicuramente la contingenza non ci aiuta. Tra gli aumenti legati al costo della vita e le retribuzioni, tra le più basse in Europa, buona parte degli Italiani non riescono ad arrivare alla fine del mese. Vogliamo davvero aggiungere sulle spalle degli italiani anche le spese sanitarie perdendo il nostro Servizio Sanitario Nazionale che è stato per tanto tempo uno dei migliori al mondo?

Sinora, noi sindacati, come proposta, abbiamo sentito che per risolvere i problemi del SSN è sufficiente cambiare un rapporto giuridico dimenticandoci poi che quel rapporto giuridico ha bisogno di uomini e donne operatori e quindi, qualunque esso sia, necessita di persone ed in questo caso servono medici che scarseggiano ogni giorno di più nel nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Dimissioni volontarie, prepensionamenti, concorsi pubblici che vanno deserti, mancanza di sostituti per la specialistica ambulatoriale, sempre più aree carenti per la medicina generale, sempre più medici che scelgono di lavorare nel privato, in cooperative o di andare all'estero da dove arrivano proposte economiche che permettono qualità di vita nettamente migliori.

Il problema, quindi, non è solo il rapporto giuridico o il semplice l'aumento del numero di studenti in medicina. Il problema è un altro e più cogente. Convincere i giovani medici, e quelli che si laureeranno in medicina, a rimanere a lavorare nel nostro paese e nel Servizio Sanitario Nazionale mentre per i più anziani a non andarsene prima del tempo in pensione.

In mancanza di atti concreti da parte del nostro Governo e delle Regioni non riusciremo a fermare la fuga dei colleghi e non si troveranno in futuro più colleghi disposti a lavorare per il SSN.

Continuare a proporre ancora le stesse ricette che fanno più di ideologia che di concretezza è una scelta suicida con un esito ampiamente prevedibile.

- **102.491** dirigenti medici **46.910** hanno più di 60 anni pari cioè al **45,80 %**;
- **39.270** medici di medicina generale di assistenza primaria **20.629** hanno più di 60 anni pari cioè al **52,53%**
- **21.011** medici di medicina generale di continuità assistenziale **11.037** hanno più di 60 anni pari cioè al **52,53%**
- **2.684** medici di medicina generale dell'emergenza territoriale **1.427** hanno più di 60 anni pari cioè al **53,17%**
- **1.322** medici di medicina generale dei servizi **1.267** hanno più di 60 anni pari cioè al **95,84%**
- **6.921** medici pediatri di libera scelta **3.636** hanno più di 60 anni pari cioè al **52,54%**
- **14.424** medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni **7.251** hanno più di 60 anni pari cioè al **50,27%**

- **646** medici specialisti convenzionati esterni “ad personam” **392** hanno più di 60 anni pari cioè al **60,68%**
- **9.160** medici specialisti convenzionati esterni “societari” **3.823** hanno più di 60 anni pari cioè al **41,74%**

DA questi i numeri appare chiaro che la situazione che si presenterà a breve sarà molto più grave di quanto ora si percepisce e i numeri purtroppo non mentono.

Vista l'attuale tendenza del turnover del SSN non sarà pertanto possibile coprire le uscite con le entrate determinando così una vera “emergenza personale medici” e quindi una reale ed obiettiva difficoltà a garantire i servizi sanitari e le prestazioni LEA.

Se non ci saranno subito investimenti immediati, seri e decisivi sul personale sanitario come faremo quando entro il 2025 andrà in pensione il 20,73% dei medici del SSN e nel 2030 il 48,99% dei medici attualmente in servizio senza averli potuti sostituire con altrettanti giovani?



Certamente non importando medici ed infermieri dall'estero, lasciando i nostri andare via, o con la telemedicina pensando di sostituire con essa le persone e neanche con altre categorie professionali che vivono gli stessi problemi e che sono sempre meno.

Lo faranno i Privati?

E con quali costi? Sicuramente non saranno quelli attuali in quanto non più integrativi ma sostitutivi di un SSN. Questo “futuro” lo possiamo già vedere nei Paesi dove non c'è un SSN pubblico come il nostro.



## Gli Accordi Collettivi Nazionali

Come già anticipato in questo momento stiamo trattando i rinnovi contrattuali della Medicina Generale e della Specialistica Ambulatoriale dopo che si sono concluse le trattative per il CCNL della Dirigenza Medica.

Sono gli ACN che si riferiscono al periodo 2019-2021 e quindi già scaduti da 2 anni.

In un momento così difficile quando tutti sono consapevoli che i medici dovrebbero essere meglio retribuiti stiamo trattando per un incremento economico tra parte fissa e parte variabile pari al 3,78% lordo con una svalutazione attuale all'8%.

Al momento non sono state ancora stanziare le risorse economiche per i rinnovi dei CCNL e degli ACN per il 2022-2024 e non vi sono naturalmente nemmeno gli atti di indirizzo per questi rinnovi.

Ci rendiamo conto che la contingenza economica del Paese è quella che è, ma in assenza di risorse soddisfacenti per i prossimi rinnovi che rendano nuovamente attrattivo il SSN sarà dura per la sanità pubblica e per chi vi si rivolge, i pazienti, poiché accanto agli incrementi del costo della vita si troverebbero ad aggiungere anche i costi per le spese sanitarie.

La salute ed il benessere delle persone è tutto. Senza la salute non si lavora, non si produce e si va incontro alla povertà sia del singolo che collettiva del Paese.

Oltre alle necessarie risorse appare indispensabile prevedere già negli attuali ACN, in fase di negoziazione, articoli contrattuali comuni alla Medicina Generale, alla Pediatria di Libera Scelta e alla Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna che regolino le attività delle AFT e delle UCCP all'interno delle Case della Comunità sia *Hub* che *Spoke* e l'utilizzo da parte di tutti gli attori degli stessi software per lo scambio di informazioni sanitarie dei pazienti e la condivisione dei dati sanitari anche con le istituzioni necessari per la programmazione.

Quindi prevedere norme che regolino l'utilizzo della digitalizzazione sanitaria compresa la telemedicina anche ai fini medico-legali.

Telemedicina e digitalizzazione sono strumenti che la specialistica ambulatoriale vede come una grande opportunità per seguire e monitorare i propri pazienti che necessitino di consulenza specialistica a distanza soprattutto quando si trovino in aree difficilmente raggiungibili o come strumento di teleconsulto e tele monitoraggio per pazienti non deambulanti a domicilio.

Vediamo anche **positivamente la collaborazione degli specialisti ambulatoriali nella farmacia dei servizi** soprattutto per rispondere alle necessità della popolazione in questi presidi di prossimità applicando anche la tecnologia e la tele refertazione, quando necessario.

## Conclusioni

Nella mia Relazione, ho sinora sciorinato solo dati e numeri insieme alle criticità ma un sindacato serio deve proporre anche soluzioni da presentare ai decisori tecnici che dovranno poi proporre ai politici le soluzioni che questi ultimi dovranno successivamente trasformare in norme legislative.

### Case della Comunità e Ospedali di Comunità

La definizione di standard organizzativi, qualitativi e tecnologici costituisce una condizione abilitante per gli interventi della Componente 6 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Tale Riforma mira alla definizione di un nuovo modello organizzativo per la rete dell’assistenza sanitaria territoriale che individua standard uniformi su tutto il territorio nazionale e per tale ragione è da considerarsi un intervento che integra e rafforza gli investimenti previsti appunto dal PNRR.

La revisione, quindi, introduce standard aggiuntivi e ulteriori rispetto a quelli previsti dal PNRR e costituisce la prima “*milestone*” nell’ambito della Componente 1 Missione 6.

Essa oltre a definire standard e modelli relativamente alle strutture, servizi e professionisti già esistenti ed operanti nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), deve introdurre e definire le modalità operative di servizi innovativi quali ad esempio la Centrale Operativa Territoriale, l’impiego della telemedicina nell’erogazione delle prestazioni ai pazienti assistiti presso il proprio domicilio, lo sviluppo di strumenti basati sulla tecnologia dell’intelligenza artificiale, il potenziamento dei flussi informativi e del fascicolo sanitario elettronico su tutto il territorio nazionale in sinergia con i principali investimenti previsti nell’ambito della Missione 6 Salute.

Al fine di consentire una completa attuazione della riforma è necessario valorizzare i costi operativi connessi alle assunzioni di personale finalizzate alla garanzia degli standard organizzativi previsti dalla stessa riforma. Tali standard sono stati calcolati sulla popolazione italiana il 1° gennaio 2020 che era pari a 59.641.488 abitanti e al fine di ridurre al minimo gli

errori conseguenti ad una sottostima della presente valutazione, i valori, sono stati arrotondati per eccesso tranne però quelli della medicina specialistica.

Si precisa che la riforma dell'assistenza territoriale (DM 77/2022) prevede l'introduzione di standard e servizi che non siano oggetto di investimento del PNRR e la realizzazione di ulteriori strutture per garantire il rispetto degli standard previsti nella riforma stessa (ad es. ulteriori ospedali di comunità). Inoltre, è necessario stimare il personale aggiuntivo rispetto a quanto stimato ma anche per gli specialisti dove non è stato indicato uno standard.

Appare ovvio che è stato più semplice definire gli standard dei medici di medicina generale, e degli infermieri rapportandoli semplicemente al numero di abitanti da assistere e alle case della comunità da aprire sia in modalità Hub o Spoke.

Il calcolo dello standard specialistico in una Casa di Comunità sia Hub che Spoke non è stato indicato in mancanza di un metodo di calcolo del fabbisogno che non può essere genericamente medico/abitante ma è legato a tante varianti per numero di abitanti e singola branca specialistica legato alle caratteristiche epidemiologiche e non solo.

## ■ SOLUZIONE 1

Come SUMAI Assoprof presentiamo durante il nostro 55° Congresso Nazionale una metodologia di calcolo che si basa su precise regole scientifiche per determinare lo standard specialistico necessario e per calcolarne il fabbisogno, nazionale, regionale e locale provinciale.

### Liste d'attesa e mancanza di specialisti:

Due anni prima del COVID, nel 2017, durante il 50° congresso nazionale del SUMAI Assoprof di Salerno nella mia Relazione dichiaravo:

*...“ L'Italia e il suo SSN ha nel personale sanitario il vero punto di forza. In questi anni il personale dipendente e convenzionato ha lavorato pur essendo mal retribuito rispetto ai colleghi europei, in assenza di rinnovo contrattuale per 8 anni, con poche risorse, oppresso dalla burocrazia, vessato da denunce per risarcimento danni (che per il 98% dei casi si sono rivelate temerarie e prive di fondamento, ma che comunque hanno messo in forse la capacità del professionista a continuare serenamente l'esercizio della professione).*

*Sono gli operatori sanitari la vera risorsa per la rinascita del SSN e per preservare la cosa migliore fatta dalla politica italiana e cioè un Servizio Sanitario gratuito ed universale, un servizio sanitario per tutti.*

*Se non è scoppiata un'emergenza sanitaria di proporzioni bibliche a causa dei massicci fenomeni di migrazione in Italia è merito degli operatori del SSN” ...*

Da queste mie dichiarazioni (*di cui mi scuso per l'autocitazione*) sono passati cinque anni. C'è stato il COVID, siamo stati eroi ed angeli. Ma, finita la paura, la politica non ha più dato segnali in favore della sanità pubblica e dei suoi operatori medici, tranne per alcune categorie sanitarie, facendoci sentire ancora una volta nuovamente soli, inascoltati e dimenticati.

I colleghi, specie quelli più giovani, stanno abbandonando il SSN per questi motivi. Scelgono subito strade professionali alternative nel privato, nelle cooperative o all'estero.

Secondo il SUMAI Assoprof aprire gli ingressi alla facoltà di Medicina e Chirurgia non è certo la soluzione per coprire le carenze di organico dei medici se nel frattempo non si creano le condizioni per avere domani medici specialisti e non specialisti pronti e vogliosi di lavorare nel SSN, dopo che li abbiamo formati a nostre spese nelle Università ad un costo che varia tra i 100 e i 180 mila euro per ogni singolo medico formato.

In mancanza di condizioni migliori e più attrattive saranno i medici che decideranno la strada da prendere risolvendo la questione in altri paesi che, a differenza dell'Italia, hanno investito in sanità risorse e punti di PIL molto superiori rispetto a quanto fatto sinora dall'Italia.

Per fortuna quest'anno sono stati **75 mila** i giovani diplomati che hanno partecipato ai test di ingresso alla facoltà di Medicina con **18.248 posti a disposizione**.

Fortunatamente non c'è crisi vocazionale.

Non possiamo dire altrettanto per scienze infermieristiche dove sono stati **25 mila** i partecipanti al test con **16.053 posti a disposizione** e, come negli anni precedenti, potrebbero non bastare a coprire le carenze.

Qui assistiamo anche ad un calo vocazionale.

Come SUMAI riteniamo che per quanto riguarda l'attuale modalità di accesso alla facoltà di medicina questa necessità di radicali cambiamenti perché così com'è oggi non va bene.

Sicuramente conoscere il nome di Miss Italia eletta nel 2020 non è sicuramente indicativo a stabilire attitudini e preparazione per i prossimi medici.

Un test, infatti, non può essere l'inizio di un percorso ma deve essere la fine di uno precedente. È la scuola superiore a dover mettere i giovani diplomati nelle condizioni di conoscere e comprendere quale siano le loro reali attitudini, avviarli e prepararli per quella scelta. Il progetto "curvatura biomedica" potrebbe essere potenziato in futuro.

Appare necessaria anche una riforma del percorso formativo che potrebbe essere strutturata, ad esempio, dai primi 4 anni teorici uguali per tutti, seguiti poi da 4 anni di formazione specialistica pratica o come medicina generale o come specializzazione in una specifica

branca della medicina a cui seguono 3 anni, facoltativi, di super specializzazione attraverso master universitari.

Non si avrebbero più camici grigi ma, alla fine, una formazione medica completa per entrare nel SSN.

Questo richiede ovviamente una seria programmazione nei numeri dei posti e delle specialità.

Sicuramente stupisce che in un'evidente carenza di specialisti nessuno abbia pensato che nel SSN ci sono molti specialisti sottoutilizzati e cioè gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni - che oggi operano con una media nazionale di 25 ore settimanali, che varia da regione a regione, rispetto alle 38 ore di massimale orario possibile.

Vi sono colleghi specialisti ambulatoriali che hanno incarichi di specialistica nelle ASL di sole 5 o 10 ore settimanali.

Appare assurdo che si cerchino medici a Cuba o in Venezuela con lauree non riconosciute o si utilizzino specializzandi che non hanno ancora terminato la loro formazione invece di specialisti già formati e già in servizio nel SSN ai quali basterebbe incrementare, per chi lo richiedesse, le ore di servizio, come prevede l'ACN, giusto con il tempo necessario che è quello di fare una delibera, di fronte a liste d'attesa infinite e accessi impropri ai pronti soccorsi.

È incomprensibile inoltre, come, in questi anni, con liste d'attesa infinite, nonostante la specialistica ambulatoriale interna sia al di fuori del blocco del tetto di spesa del personale, i direttori generali di Aziende sanitarie abbiano addirittura deciso di non ricoprire le ore di specialistica regolarmente finanziate e coperte dai bilanci regionali, di chi andava in pensione, lasciando vacanti le proprie ore ed abbiano invece utilizzato finanziamenti aggiuntivi "tampone e non strutturali" per progetti di abbattimento di liste d'attesa con costi orari superiori che vanno dai 60 €. o agli 80 €. ora contro i 35,68 €. ora del titolare non sostituito corrispondente alla retribuzione prevista dall' ACN della specialistica.

Questo comportamento sarebbe meritevole di denuncia alla Corte dei Conti per danno erariale in quanto pur avendo già finanziate ore della specialistica ambulatoriale non le hanno utilizzate lasciandole vacanti preferendo utilizzare altri finanziamenti a costi orari nettamente superiori.

## ■ SOLUZIONE 2

A seguito di una Survey proposta ad un campione di specialisti ambulatoriali in servizio a tempo indeterminato (rappresentativo di varie fasce d'età, la maggioranza operanti nel centro-sud) è emersa la disponibilità dei colleghi all'aumento delle attuali ore di incarico ai sensi dell'art. 20 comma 1 del vigente ACN.

Questi sono **titolari di incarichi a tempo indeterminato che vanno dalle 5 alle 30 ore settimanali** e si sono dichiarati pronti a raggiungere anche il massimale orario o comunque di ambire ad un sensibile incremento orario.

Il risultato del sondaggio ha inoltre mostrato come sia possibile, da subito, un **incremento medio stimato intorno alle 7 ore settimanali che porterebbe l'attuale media oraria dalle 25 ore settimanali alle 32 ore settimanali.**

**Le Regioni** che si lamentano delle lunghe liste d'attesa e della mancanza di specialisti invece dei medici stranieri **avrebbero potuto**, già in passato e a maggior ragione oggi, **proporre** ai nostri colleghi che non hanno il massimale orario e che operano a tempo indeterminato, quindi già in servizio nelle loro Aziende Sanitarie, **un incremento orario** per le attività specialistiche necessarie.

Sarebbe bastato chiedere la loro disponibilità ed assegnare le ore ai sensi dell'art. 20 comma 1 del vigente ACN.

Questo ci avrebbe permesso di **risparmiare** a parità di ore di servizio ben **44,32 €.** per ogni ora (**Il costo orario del tempo indeterminato di 35,68 €.**) considerando che la maggioranza di questi, circa il 50%, si dichiarano disponibili da subito ad accettare incarichi di 38 ore settimanali.

Quindi **chiediamo alle Regioni** di proporre anche la **trasformazione immediata a tempo indeterminato per i contratti degli specialisti ambulatoriali che attualmente operano a tempo determinato nel SSN** ottenendo anche un notevole **risparmio economico** visto il costo orario del tempo indeterminato è di 12,78 €. è inferiore rispetto a quello a tempo determinato di 48,46 €. e che viene attualmente retribuito.

Alcune **Regioni** avrebbero potuto anche **utilizzare**, e lo possono fare anche ora, **i colleghi specialisti in attesa in graduatoria** al posto di medici non ancora specialisti o peggio professionisti stranieri non abilitati in Italia all'esercizio della professione con problemi di lingua, di responsabilità professionale, di obbligo formativo e di coperture assicurative non previste in assenza di iscrizione all'ordine professionale o i "gettonisti".

A proposito di questi ultimi, basta stipulare contratti di lavoro intermediato con le cooperative dei cosiddetti "gettonisti" con costi orari notevolmente più elevati, **(150 € lordi ora dei gettonisti contro i 35,68 € lordi degli specialisti SUMAI)** contravvenendo, con evi-

dente danno erariale, a quanto espressamente previsto oggi, anche dall'art.10 della legge 56 del 2023 ex "decreto bollette" varato dal Governo e trasformato in legge dal parlamento.

Per fare un esempio se si usassero le ore di incremento orario degli specialisti ambulatoriali SUMAI a tempo indeterminato invece dei gettonisti, le Regioni realizzerebbero, da subito, per ogni ora di servizio un risparmio sulla retribuzione del **76,21%** dai **150 € lordi per ora dei gettonisti** ai **35,68 € lordi per ora degli specialisti ambulatoriali**. **Questo significherebbe 114,32 € di risparmio** per ogni ora di servizio. Risparmio che potrebbe essere utilizzato anche per dare nuovi incarichi agli specialisti ambulatoriali, oggi in attesa in graduatoria, integrando ulteriormente il numero di quelli già in servizio.

Anche gli incarichi ai gettonisti andrebbero attenzionati dalla Corte dei Conti.

Applicando quanto già previsto dalle attuali norme contrattuali, utilizzando i "Sumaisti", si porterebbe l'attuale **monte ore annuale della specialistica ambulatoriale dalle 19.017.034 ore annuali a circa 30.000.000** di ore annuali ottenendo **un incremento di circa 38.440.000 prestazioni specialistiche**. Si passerebbe così dalle odierne **66.559.619** prestazioni alle **105.000.000** prestazioni specialistiche l'anno con un notevole risparmio considerando il costo forfettario di 35,68 €. per ora contro una media di rimborso a singola prestazione da nomenclatore di 40 €. escluse ovviamente le prestazioni di diagnostica che invece variano intorno ai 100€. (se non di più) per singola prestazione rimborsata con tariffa del nomenclatore.

Se considerassimo poi anche i **2.925 specialisti** attualmente con contratti a tempo determinato portandoli a tempo indeterminato, con incrementi di ulteriori 7 ore medie settimanali, ci sarebbe un incremento aggiuntivo di circa **1.064.700 ore annue per 3.726.450 prestazioni aggiuntive a quelle attuali** con le spese in gran parte ammortizzate dal minor costo dell'ora a tempo indeterminato, rispetto a quella a tempo determinato.

L'aumento medio di 7 ore settimanali per gli specialisti già in servizio a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 20 comma 1 corrisponderebbe ad una **offerta specialistica nazionale paragonabile alla assunzione di 1.326 nuovi specialisti a 38 ore settimanali**.

L'aumento medio di 7 ore settimanali per gli specialisti già in servizio da tempo determinato e da trasformare ovviamente a tempo indeterminato ai sensi dell'ACN corrisponderebbe ad un'offerta **specialistica nazionale aggiuntiva paragonabile all'assunzione di 539 nuovi specialisti a 38 ore settimanali**.

Questo probabilmente non risolverebbe totalmente alla mancanza di specialisti ma lo farebbe in buona parte destinando questi specialisti ambulatoriali alle nascenti case della comunità, agli ospedali di comunità e all'assistenza domiciliare.

### ■ SOLUZIONE 3

Altro modo per avere più specialisti nel SSN, usando gli attuali già presenti in Italia, potrebbe essere quello di eliminare una volta per tutte le incompatibilità che in un momento di grande penuria creano, di fatto, una contrazione degli specialisti da poter utilizzare.

Un' esempio concreto di quanto stiamo dicendo sono i luoghi di detenzione e di pena dove in passato grazie proprio alla compatibilità è stata garantita negli anni, ai reclusi, un'assistenza sanitaria di qualità, degna del suo nome e che oggi, a causa delle incompatibilità di tutti i tipi, nelle carceri è in grande affanno.

### Le Retribuzioni

È assolutamente necessario cercare risorse economiche per portare le retribuzioni dei medici e degli operatori sanitari ai livelli europei.

### ■ SOLUZIONE 4

Diminuire il contenzioso e le denunce contro medici ed operatori sanitari con risarcimenti oggi totalmente a carico del SSN per l'assenza di obbligo delle compagnie d'assicurazione ad assicurare gli enti che vedono, in mancanza dell'obbligatorietà per le assicurazioni, andare deserte le gare bandite dalle Aziende Sanitarie costringendo queste ultime a praticare l'auto-assicurazione accantonando somme cospicue per questo scopo invece di poterle utilizzarle per motivi assistenziali (circa 3 miliardi anno).

La soluzione potrebbe essere quella di emanare norme che: scoraggino le denunce che non hanno motivo di essere portate avanti in quanto spesso temerarie;

riducano il contenzioso con richieste di risarcimenti non dovuti associate a norme che vietino pubblicità di fantomatiche associazioni a difesa dei consumatori, vere e proprie società d'affari, che andrebbero controllate, e che praticano il sistema "quota lite" cioè a costo zero per chi richiede il risarcimento;

prevedere la norma che stabilisce la rivalsa del medico ingiustamente denunciato.

L'uso eccessivo e disinvolto di queste richieste risarcitorie e la mancanza di tabelle con tariffe certe legate al danno/risarcimento, come accade per l'infortunistica stradale, fa salire le domande di risarcimento di milioni di euro.

Ciò porta le assicurazioni a non coprire i medici oppure a chiedere premi assicurativi per ogni singolo professionista che arrivano per alcune specialità anche a 25 - 30mila euro anno.

Il costo di questa pratica, tra somme spese dalle aziende per risarcimenti e medicina difensiva connessa, è stato stimato da Commissioni Parlamentari dedicate intorno a **13 miliardi di euro** del Fondo Sanitario nazionale, risorse che si potrebbero invece utilizzare per retribuire medici e professioni sanitarie ai livelli degli altri Paesi europei.

## ■ SOLUZIONE 5

In attesa di risorse aggiuntive applicare una momentanea defiscalizzazione dei compensi prevedendo una flat-tax del 24% forfettario per tutti i sanitari che operano nel pubblico sino a risorse sufficienti stanziare per le retribuzioni.

In conclusione, oggi chiediamo da questo Congresso, ad alta voce e con forza una maggiore attenzione alle politiche che riguardano la salute di tutti gli Italiani.

A questo Governo chiediamo, di colmare il gap retributivo che ci differenzia dagli altri paesi europei, meno burocrazia, maggiore tutela e considerazione per i professionisti della salute che hanno dimostrato nel corso della Pandemia di sacrificare anche la loro vita per assistere e curare le persone.

Chiediamo insomma al Governo di dare una svolta.

È necessario il prima possibile un nuovo modello di sanità territoriale basato sulla prossimità di cure, utilizzando il DM 77 ma investendo sul territorio, sulle professionalità convenzionate che da oltre 50 anni lavorano assieme ma a compartimenti stagni: Medici di Medicina Generale, Medici e Professionisti Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni (Medici, Psicologi, Biologi, Veterinari, Chimici), Pediatri di libera scelta, Farmacie territoriali convenzionate, Personale infermieristico e delle professioni sanitarie e per queste ultime si potrebbe prevedere, sempre per il territorio, anche un rapporto giuridico di tipo convenzionale.

Creare, sia funzionalmente che strutturalmente, equipe multiprofessionali e multidisciplinari con regole certe e l'utilizzo di *software* comuni.

Il SUMAI Assoprof insieme all'Università Cattolica ed ALTEMS ha fondato l'associazione "Fare Salute" che ha lo scopo di mettere assieme tutte le figure professionali del territorio promuovendo concorsi di Formazione Universitari che formino gli operatori a lavorare assieme, in equipe, facendo ricerca, pubblicando le esperienze, segnalando criticità e positività delle esperienze fatte.

La specialistica ambulatoriale convenzionata Interna quindi non solo è pronta da tempo, ma auspica un maggior coinvolgimento nei processi e nella partecipazione attiva. I Sumaisti non sono specialisti di serie B, messaggio che qualche stupido ideologizzato cerca di fare

passare a volte purtroppo anche con successo. I Sumaisti hanno 55 anni di esperienza e sono specialisti di serie A proprio per il lavoro quotidiano che da oltre mezzo secolo svolgono sul territorio.

Da sempre SIAMO gli specialisti di fiducia di prima istanza, SIAMO il primo contatto specialistico del paziente nel territorio.

Già il vecchio ACN 2016-2018, in vigore dal 2020, prevedeva per lo specialista ambulatoriale medico chirurgo, veterinario, psicologo, biologo, chimico l'obbligo di organizzarsi in AFT per prestare la propria opera nelle case della salute nei poliambulatori specialistici, a domicilio dei pazienti, presso gli studi dei medici di medicina generale e di pediatria di libera scelta, nelle Farmacie, negli Ospedali.

I Sumaisti, quindi, sono pronti da tempo per le Case della Comunità Hub e Spoke, negli Ospedali di Comunità, a domicilio dei Pazienti e sono pronti all'uso delle nuove tecnologie, della telemedicina ma soprattutto sono pronti per la presa in carico dei malati cronici complessi che non richiedono ricovero, per i malati cronici complessi che vengono dimessi dagli ospedali e soprattutto per le cure a domicilio.

Allora basta a proposte demagogiche, basta a promesse sinora mai o quasi mai mantenute, ora servono fatti concreti e subito.

Signor Ministro lavoriamo insieme per una nuova sanità territoriale, apriamo le case di comunità ma non solo come forme organizzative Hub di tipo strutturale ma anche come strutture organizzative funzionali come Spoke. Portiamo gli specialisti dai pazienti e non solo il contrario, eliminiamo i CUP. Portiamo lo specialista ambulatoriale anche presso gli studi dei medici di medicina generale sempre più vicino ai pazienti, uno specialista di prossimità in equipe con le altre professionalità del territorio e portiamolo a collaborare sia in presenza che in remoto anche mediante la telemedicina con le farmacie.

Le specialiste e gli specialisti ambulatoriali ci sono Sig. Ministro. Il Sumai Assoprof c'è.







**Sumai**  
**ASSOPROF**

Sindacato Unico Medicina  
Ambulatoriale Italiana  
e Professionalità dell'Area Sanitaria