

medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

ANNO XXIV
NUMERO 4 | 2024
TRIMESTRALE



Sumai
ASSOPROF

Associazione Unica Medici
Specialisti del Territorio
e Professionisti dell'Area Sanitaria



Sifop
SOCIETÀ ITALIANA
DI FORMAZIONE PERMANENTE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA

Numero speciale post 56° Congresso Sumai Assoprof

Magi È ora di togliere l'incompatibilità col privato

Le altre conclusioni dal congresso Sumai:

- Riprogrammazione dei posti di specializzazione
- Riforma della medicina territoriale
- Telemedicina e innovazione digitale
- Riorganizzazione dei percorsi assistenziali

medical
network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Coordinatore editoriale

Stefano Simoni

Hanno collaborato

Giuseppe Nielfi,
Stefano Simoni,
Luigi Sodano

Editore

Sumai - Viale di Villa Massimo, 47 - Roma
Tel. 06.232912 E-mail sumai@sumaiweb.it



Registrazione al Tribunale di Roma
n.446 del 22.10.2001 Roma

Diritto alla riservatezza:

"Medical Network" garantisce la massima
riservatezza dei dati forniti dagli abbonati
nel rispetto della legge 675/96

Progetto grafico e impaginazione

Giancarlo D'Orsi

Chiuso in redazione nel mese di dicembre 2024

Nuovo anno vecchi problemi

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof

Care colleghe e cari colleghi

in questi primi giorni dell'anno, intervistato da alcuni quotidiani nazionale sulla legge di Bilancio 2025 e gli interventi previsti nel comparto sanitario, ho ribadito che risorse economiche sono state messe in sanità però in misura insufficiente rispetto al necessario e il problema resta sempre quello del personale e della corretta spesa sanitaria, che dovrebbe essere fatta senza sprechi. Ho inoltre ribadito che nulla o quasi è stato messo sulla sanità territoriale che, secondo quanto previsto dal Pnrr e quanto detto dal ministro al nostro Congresso (*leggete in proposito pag 15*), avrebbe dovuto essere invece potenziata.

Il problema ancora una volta è che non abbiamo raggiunto l'obiettivo reale che il Pnrr si prefigge, ovvero quello di avere il personale all'interno delle Case e degli Ospedali di comunità. È dunque chiaro che avremo le risorse per le strutture ma non per il personale. E se i soldi messi dalla Finanziaria per i prossimi anni non andranno a coprire quelle necessità, è evidente che non avremo fatto altro che creare strutture che non potranno funzionare. (*leggete in proposito quanto afferma il presidente Rocca a pag 20*).

Il Momento che stiamo vivendo è critico. Lo diciamo da tempo ma mai come oggi i nodi accumulatisi nel corso degli anni stanno giungendo al pettine. La criticità sono tante.

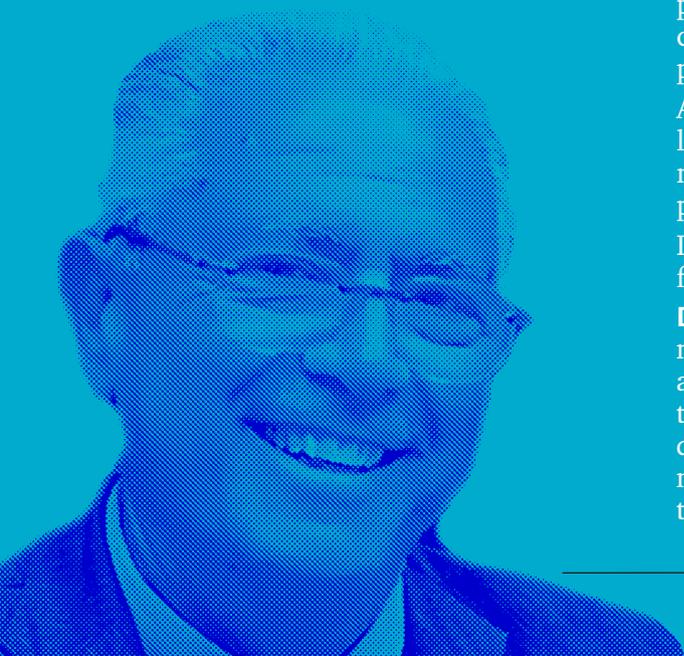
Il Ssn concepito oltre 40 anni fa ha bisogno di un cambiamento importante. È cambiata la popolazione, essendo aumentato l'indice di vecchiaia, cambiano i bisogni di salute e sarebbe necessario quindi ridisegnare il rapporto tra strutture pubbliche e strutture private. Le prime potrebbero prendere in carico i cronici, le seconde potrebbero essere d'aiuto nell'offrire prestazioni però con un nomenclatore adeguato.

Il personale, altra criticità. Non è vero che mancano i medici, ci sono e rispetto al 2012 sono addirittura aumentati ma vanno via dal pubblico perché non è più attrattivo. Lo sappiamo tutti, lo ripetiamo tutti eppure chi dovrebbe continuare a non intervenire lasciando che quest'emorragia di professionisti continui.

Ancora: liste d'attesa. Lo sappiamo bene noi specialisti ambulatoriali che le liste sono specialistiche e potrebbero essere contrastate incentivando la medicina territoriale ma questa è una riforma che nella pratica non è mai partita.

L'elenco delle criticità potrebbe continuare ma per ragioni di spazio mi fermo qui.

Da anni noi specialisti ambulatoriali convenzionati interni, sia a livello nazionale che periferico nel confronto costante con la politica, avanziamo proposte fattuali e concrete per ricostruire un nuovo Ssn nel tentativo di offrire le risposte di salute più adeguate alla popolazione. Il dubbio e la paura è che la politica, non essendo in grado di recepire la necessità di cambiamento, resti immobile con il rischio di far crollare tutto il Sistema



LA TAVOLA ROTONDA

L'Italia difetta di progettazione, fabbisogno e programmazione

La tavola rotonda che ha aperto i lavori del congresso ha ribadito la necessità di programmare, progettare e determinare i fabbisogni e ha fatto emergere tra i relatori che hanno parlato la chiara centralità della specialistica ambulatoriale nella gestione delle liste d'attesa vero punto di caduta del Ssn

La mattina del 6 novembre i lavori del 56° Congresso nazionale del SUMAI Assoprof si sono aperti con la tavola rotonda il cui titolo ha richiamato le tematiche congressuali mettendo quindi in evidenza i tre concetti fondamentali: programmazione, fabbisogno e progettazione per ragionare insieme di un Servizio sanitario sempre più complesso che necessita di risposte adeguate.

Il panel, moderato da Giulia Mazzoni, giornalista di Panorama della Sanità, è stato pensato come un momento di scambio per delineare le traiettorie, le prospettive della sanità del futuro con i principali attori del sistema salute partendo dal presupposto che il nostro è un sistema con criticità e al tempo stesso opportunità al centro, sempre più, di una discus-



Giulia Mazzoni
Giornalista di *Panorama della Sanità*



sione pubblica che fa ben sperare. Forse la chiave, è stato detto, potrebbe essere la “risposta coordinata e multifattoriale” un concetto che è molto più di un’espressione felice per dire collaborazione perché il coordinamento impegna tutte le parti ad attuare una strategia comune. Ancora, la risposta coordinata è l’unico modo per vincere questa partita che nessuno può permettersi di perdere. Altro spunto trovare il modo efficace, efficiente ma soprattutto sostenibile di governare la spinta dell’innovazione. Questi i temi principali toccati durante la tavola rotonda iniziata con una domanda della moderatrice che ha chiesto ai partecipanti quale secondo loro la sfida più urgente al momento.



Giovanni Migliore
Presidente Fiaso

Migliore
(Fiaso)

Valorizzare operatori come professionisti, non come dipendenti

Giovanni Migliore, presidente della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (Fiaso), è stato il primo a prendere la parola per mettere il punto sull’importanza del concetto di attrattività e per dire che “è necessario parlare di cose da fare e, soprattutto, di regole. Nel nostro Servizio sanitario nazionale abbiamo risorse professionali importanti, che costituiscono forse la voce di spesa più impegnativa e che dobbiamo sfruttare bene. Il paradigma che c’è sempre stato nel Servizio sanitario nazionale con i medici e con gli infermieri è *‘io ti pago poco e tu fai ciò*



che vuoi. Un paradigma che ci ha portato alla situazione che viviamo. Oggi, *quel 'ti pago poco'* è veramente poco, ecco il punto fondamentale dell'attrattività. Se a fronte di questo ci mettiamo anche la difficoltà di crescita professionale data da un contesto complessivamente difficile, diventa complicato. Il primo tema da affrontare - ha evidenziato - è proprio la valorizzazione del personale sanitario, dei professionisti. La mia proposta era quella di acquistare prestazioni fuori dall'orario di servizio dalle risorse professionali validissime che abbiamo all'interno del Servizio sanitario nazionale e che contribuiscono all'obiettivo comune: la salute pubblica. Ciascuno di noi deve diventare nuovamente imprenditore di se stesso - ha concluso Migliore - torniamo a valorizzare gli operatori sanitari come professionisti e non come dipendenti".

D'Alba
(Federsanità)

Ci vogliono coraggio e visione per garantire un futuro alla sanità pubblica

"Oggi siamo qui e agiamo tutti i giorni perché vogliamo pensare che la sanità pubblica abbia un futuro. Intanto ci dobbiamo dire con chiarezza che a livello macro l'obiettivo è garantire un futuro alla sanità pubblica per mettere nelle condizioni i nostri figli di avere determinati diritti". Lo ha affermato il presidente nazionale Federsanità, Fabrizio d'Alba, intervenuto alla tavola rotonda.

"Oggi sappiamo che lo schema attuale, le regole attuali, i modelli attuali non ci garantiranno un futuro. Per un tema di risorse, per un tema di opportunità nuove, per un tema di complessa rivisitazione dei modelli di presa in carico. Dunque- ha proseguito-

la prima cosa che dobbiamo dire è che quello che sarà non è quello che è. Innanzitutto credo ci voglia un po' di coraggio per pensare a una sanità futura sostenibile, che risponda ai bisogni, che gratifica i professionisti, che dà risposte ai cittadini e che renda contenta la politica. Bisogna creare una profonda discontinuità nei modelli organizzativi, nei contratti di lavoro, nelle regole di ingaggio, nelle regole di scelta dei percorsi di formazione".

"La seconda cosa - ha evidenziato il presidente nazionale Federsanità - è



Fabrizio d'Alba
presidente di Federsanità

la visione. Non dico che non esista visione, c'è un'architettura di quello che sarà il Servizio sanitario nazionale. Ma mi chiedo quanto questa visione sia condivisa, quanto sia conosciuta, quante istituzioni la conoscano. E mi chiedo se sia conosciuta dai professionisti che sono i soggetti chiamati a mettere a terra quel nuovo pensiero di presa in carico, se sia conosciuta dai cittadini, i soggetti che godranno di servizi resi in maniera differente".

"Un Sistema sanitario che vuole avere un futuro - ha poi sottolineato - deve avere dei cittadini più responsabili e che si avvicinano diversamente ai sistemi. Credo che ai cittadini vada fatto capire che anche attraverso questo passa la possibilità di vedersi tutelato un diritto del futuro, perché altrimenti il cittadino è sempre un soggetto passivo che denuncia di non avere servizi o si dice insoddisfatto. E attraverso la soddisfazione del cittadino passa anche l'ingaggio dei professionisti: chi lavora appagato in un sistema riconosciuto è un professionista che, forse, torna a fare il lavoro anche se è pagato un po' meno degli altri, anche se deve lavorare un po' di più degli altri". "Per darci futuro, nei prossimi anni, dopo una visione chiara e condivisa- ha concluso Fabrizio d'Alba- dovremo avere il coraggio di fare qualche scelta difficile".



Coletto
(Assessore Sanità Umbria)

Fare programmazione e conoscere bene i fabbisogni, oltre a pagare meglio i professionisti e depenalizzare l'atto medico

“Credo che la risposta – ha spiegato l'assessore alla Salute e Politiche Sociali della Regione Umbria, Luca Coletto – sia proprio nel titolo: *‘Programmazione, fabbisogni e progettazione’*. Credo sia assolutamente opportuno che anche le regioni, oltre allo Stato



Luca Coletto
Assessore alla Salute e Politiche Sociali della Regione Umbria

centrale, facciano pianificazione. Pianificazione legata a che cosa? Al DM 70, al DM 77, questi sono i presupposti fondamentali per utilizzare correttamente le risorse, più di 130 miliardi finalizzate alla cura di tutti quanti gli italiani. La situazione demografica è cambiata, c'è un invecchiamento della popolazione, c'è un'insufficienza degli stipendi dei nostri medici e dei nostri infermieri. Quindi va rivista la situazione anche dal punto di vista legale nei confronti dei medici depenalizzando l'atto medico. Programmazione perché fino a qualche anno fa noi laureavamo e abilitavamo circa 10.000 medici l'anno, purtroppo le borse di specialità erano solo 6.000 per cui si producevano 4.000 disoccupati. Nel frattempo negli ultimi 10 anni abbiamo perso circa 40.000 professionisti. Non c'è ombra di dubbio che è mancata la programmazione e la progettazione per farci smaltire le liste attese. Oggi serve una programmazione severa che vada incontro alle necessità della popolazione sempre più anziana che ha bisogno di assistenza in parte ospedaliera ma assolutamente territoriale. Risposte le dobbiamo dare sul territorio con le visite ambulatoriali. Per quanto mi riguarda – ha concluso Coletto – dunque le priorità sono la programmazione, la conoscenza dei fabbisogni, un migliore trattamento dei nostri professionisti e la protezione penale che va fatta rapidamente”.



Marco Alparone
Presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità

Alparone
(Regioni)

Ssn patrimonio di tutti, ma bisogna avere il coraggio di investire nella medicina ambulatoriale

“La prima sfida è culturale: fino a quando la politica continuerà a parlare di risorse, noi la sfida l'avremo persa. La sfida è un patrimonio che non è della politica ma è di tutti noi, ed è il Servizio sanitario nazionale, patrimonio di questo Paese, invidiato nel mondo e che deve permettere a tutti l'accesso alle cure e l'innovazione”. Così il presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità, Marco Alparone intervenuto alla tavola rotonda.

La sfida può essere vinta partendo dalla medicina ambulatoriale, catena di trasmissione fondamentale nella sfida ospedale-territorio. Il bisogno è quello del paziente attraverso la capacità di lavorare insieme e la sfida è uscire dalla logica per silos, sia in termini di prestazioni che di risorse. “Il Servizio sanitario così non regge ha ammonito- se noi invece partiamo dalla lettura di quei bisogni e allochiamo le risorse, forse è una sfida che possiamo vincere. E possiamo farlo attraverso l'innovazione, che deve però essere inserita all'interno di processi codificati che fanno di quell'innovazione un efficientamento o, altrimenti, rimane solo uno strumento”. Secondo Alparone, “bisogna avere il coraggio di investire nella medicina ambulatoriale, perché risponde al territorio e noi abbiamo bisogno di moltissimo territorio anche per ottimizzare l'utilizzo delle risorse stesse. E tanto territorio vuol dire avere il coraggio di investire nell'attrattività della medicina ambulatoriale. E- ha concluso- se un giovane si avvicina alla medicina ambulatoriale, devo dargli la possibilità di poterci vivere: se questo non avviene, o gli do la possibilità in monte ore o gli do la possibilità di lavorare da un'altra parte”.

Cicchetti
(Ministero)

Definire standard nazionali organizzativi, tecnologici e professionali

“Noi abbiamo una spesa di welfare pari a circa 548 miliardi e, di questi, 300 miliardi sono pensioni. C'è poi una quota di spesa previdenziale, per la sanità ne abbiamo 135 miliardi. Vorremmo avere più risorse ma non sarà così nel futuro prossimo. Però non sono poche, su questo non c'è dubbio, perché sono 22 miliardi in più rispetto a quelli che avevamo nel 2014. La crescita, quindi, è stata repentina”. A spiegarlo il direttore generale della Programmazione del ministero della Salute, Amerigo Cicchetti, “Sono d'accordo- ha proseguito- che l'unica via d'uscita sia quella di usarli meglio. C'è, però, una cosa fondamentale e che ho visto funzionare, ovvero definire gli standard nazionali di tipo organizzativo, tecnologico e professionale. Funziona perché riduce la variabilità e fa crescere il siste-

ma, lo abbiamo visto dai numeri. Se prendiamo gli indicatori del nuovo sistema di garanzia che abbiamo l'unica parte che in tutte le regioni ha superato lo standard minimo è quella in cui abbiamo gli standard strutturali rigidi, che è proprio la parte ospedaliera, il famigerato DM 70. Il primo passo è stato fatto con il DM 77, che però va implementato - ha concluso il direttore generale della Programmazione del ministero della Salute - siamo in una fase di attuazione, ma deve essere implementato con la stessa convinzione con la quale abbiamo implementato il DM 70”.

Magi (Sumai)

“La priorità è il personale, allocare risorse. I giovani non scelgono Ssn perché non attrattivo”

A concludere la tavola rotonda e a fare sintesi il segretario generale del Sumai Assoprof, Antonio Magi “È stata una giornata molto importante- ha proseguito- e alla tavola rotonda han-

no partecipato figure di spicco del settore. Da questo incontro è emersa chiaramente la centralità della specialistica ambulatoriale: finalmente si comincia a parlare insistentemente di questa categoria, che poi è la reale soluzione per le liste d'attesa e la presa in carico del paziente. Si sta cominciando a capire che dobbiamo passare da una parte prestazionale a una parte di presa in carico, perché così riduciamo automaticamente gli interventi in pronto soccorso che non sono appropriati e, nello stesso momento, riusciamo a governare anche le liste d'attesa, perché chiaramente leviamo parte dei pazienti, spesso cronici, prendendoli direttamente in gestione. Questo diventa fondamentale per la categoria ma anche per i cittadini, perché va a tutela di una popolazione che, chiaramente, sta diventando sempre più anziana. È importante, ed è stato detto, togliere l'incompatibilità, un discorso oggi anacronistico perché limita la parte professionale, limita tutti gli specialisti disponibili ad abbattere le liste d'attesa.

L'altra cosa principale, che è ormai il nostro 'mood'- ha concluso Magi- è la depenalizzazione, che libererebbe anche risorse economiche, circa 13 miliardi l'anno che potrebbero essere investiti sul personale, il centro di tutto il sistema attuale. Abbiamo soldi per le strutture, per le attrezzature ma non ne abbiamo più per il personale, e senza personale non si fa sanità e quindi non può essere garantita la salute dei cittadini, come invece recita l'articolo 32 della Costituzione”.



Amerigo Cicchetti
Direttore generale della Programmazione del ministero della Salute



Antonio Magi
Segretario generale del Sumai Assoprof



LA RELAZIONE DEL SEGRETARIO ANTONIO MAGI

Eliminare l'incompatibilità, ha spiegato Magi, "permetterebbe ai medici specialisti di lavorare sia nel pubblico che nell'accreditato, ampliando l'offerta e contribuendo all'abbattimento delle liste d'attesa". Riprogrammazione dei posti di specializzazione, riforma della medicina territoriale, telemedicina e innovazione digitale, riorganizzazione dei percorsi assistenziali. Queste le altre priorità individuate dal segretario del Sumai

Eliminare l'incompatibilità col privato per gli specialisti convenzionati

LA RELAZIONE DEL SEGRETARIO

Con la relazione del segretario generale Antonio Magi si sono aperti formalmente i lavori del 56° congresso nazionale del SUMAI Assoprof. Alla presenza del ministro della Salute, Orazio Schillaci, Magi ha fatto una disamina dello stato attuale della sanità italiana su più punti arrivando a proporre cinque suggerimenti per migliorare la condizione del Ssn: Riprogrammazione dei posti di specializzazione, Riforma della medicina territoriale, Eliminazione delle incompatibilità, Telemedicina e innovazione digitale, Riorganizzazione dei percorsi assistenziali. Queste le cinque priorità individuate dal segretario del Sumai. Nonostante “la sanità italiana abbia una lunga tradizione di accesso universale – ha aperto Magi – dal 2012 sta affrontando un progressivo deterioramento a causa di tagli lineari e un forte sottofinanziamento. Questa strategia di risparmio si è tradotta, in 12 anni, in un progressivo impoverimento del sistema, riducendo le risorse destinate a strutture, personale e tecnologie. Questi tagli non sono stati accompagnati da un’adeguata

valutazione delle conseguenze e così oggi registriamo un aumento delle malattie croniche, la denatalità e l’invecchiamento della popolazione” con un impatto importante sulla domanda di assistenza sanitaria e sulla prevedibile mancanza di risorse umane necessarie. “Oggi il definanziamento che ha subito la Sanità Italiana ci mette di fronte ad enormi difficoltà. Oltre all’inadeguatezza della risposta di salute abbiamo: “Retribuzioni dei Sanitari tra le più basse in Europa (siamo al terz’ultimo posto); Carichi di lavoro insostenibili, burocrazia aumentata per medici ed infermieri, violenze, denunce, premi assicurativi improponibili, precariato; Scarsa attrattività del SSN non solo per le nuove generazioni; Fuga dei Sanitari verso il privato e verso altri Paesi; Il divario tra le Regioni. Tutti questi elementi critici evidenziano pertanto l’urgenza di una riforma che ripristini l’equità e l’efficienza nel Sistema Sanitario Nazionale”. “In coerenza con quanto sinora detto – ha aggiunto il segretario del Sumai – la spesa sanitaria privata dei cittadini tra prestazioni e farmaci gioca un ruolo



Purtroppo, in Italia si osserva un dislivello nella qualità e nella quantità dei servizi offerti anche nei diversi territori a causa di una politica nazionale e regionale ospedale-centrica che ha messo a disposizione negli anni più risorse agli ospedali rispetto al territorio

sempre più rilevante nel sostenere il sistema specialmente attraverso la spesa out of pocket. Nel 2023, la spesa privata ammontava a 45.862 milioni di euro, con una crescita del 10,5% rispetto all’anno precedente. Questa tendenza, secondo la Corte dei Conti, mostra come i cittadini siano sempre più costretti a contribuire personalmente alla copertura di cure sanitarie, alimentando ulteriormente le disuguaglianze regionali”.

La situazione della sanità territoriale

“La sanità territoriale – ha sostenuto Magi – è il fulcro di un sistema sanitario efficace, poiché consente di gestire la maggior parte dei problemi di salute in modo preventivo e continuativo, riducendo la pressione sugli ospedali. Purtroppo, in Italia si osserva un dislivello nella qualità e nella quantità dei servizi offerti anche nei diversi territori a causa di una politica nazionale e regionale ospedale-centrica che ha messo a disposizione negli anni più risorse agli ospedali ri-



spetto al territorio. Appare evidente che senza provvedimenti efficaci sulle retribuzioni che rendano maggiormente attrattivo il SSN e senza il reale potenziamento della attuale medicina territoriale che preveda all'interno di una equipe, medici di medicina generale, specialisti convenzionati interni ed altro personale sanitario saremmo destinati a fallire e gli ospedali rischierebbero di essere ancora una volta travolti e non solo nel caso di nuove emergenze sanitarie, ma quotidianamente per mancanza del necessario filtro territoriale”.

La programmazione

Il segretario del SUMAI Assoprof ha illustrato cosa intende per programmazione. “La programmazione sanitaria è quel processo strategico e operativo indispensabile che consiste, attraverso i dati a disposizione, di pianificare l’offerta di servizi e prestazioni in base ai bisogni della popolazione. Include la definizione degli obiettivi di salute, l’allocazione delle risorse, la formazione del personale

e l’organizzazione dei servizi in modo da rispondere alle esigenze attuali e future della società”.

“Una programmazione efficace - ha aggiunto - richiede di considerare i cambiamenti demografici, come la denatalità, l’invecchiamento della popolazione e quelli epidemiologici, come la crescita delle malattie croniche monitorando costantemente l’evoluzione della domanda sanitaria e adattare l’offerta di conseguenza. In questo contesto i medici specialisti ambulatoriali rivestono un ruolo essenziale nel monitoraggio e nella gestione delle condizioni croniche, contribuendo a prevenire le complicanze e a migliorare la qualità della vita dei pazienti. Per una corretta programmazione è altresì fondamentale tenere conto della distribuzione geografica della popolazione. Le zone rurali e le aree interne, caratterizzate da una maggiore dispersione della popolazione e da un accesso limitato ai servizi sanitari, richiedono una pianificazione specifica per garantire un’assistenza adeguata”.

“La carenza di strutture e di personale in queste aree rende necessario l’impiego di soluzioni innovative, come modelli aggregativi funzionali in alternativa a quelli strutturali, anche attraverso l’uso della telemedicina, per ridurre le disuguaglianze territoriali”.

Inoltre, per Magi è necessario mettere in atto “Strategie di programmazione a lungo termine come lo sviluppo di una rete di medicina territoriale, l’uso dei big data e dell’intelligenza artificiale, la Formazione e l’aggiornamento del personale, l’integrazione tra ospedale e territorio”.

Il fabbisogno sanitario

“Il fabbisogno sanitario è l’elemento chiave per la corretta pianificazione dei servizi sanitari. Per affrontare efficacemente le esigenze di una popolazione è necessario partire da una valutazione precisa del fabbisogno reale che tenga conto della struttura demografica, dell’incidenza delle patologie, della diffusione delle malattie



LA RELAZIONE DEL SEGRETARIO

Modelli come le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), previste nei rispettivi ACN, favoriscono l'integrazione tra i vari professionisti sanitari, migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo i tempi di attesa

”

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

"L'analisi del fabbisogno reale - secondo Magi - deve quindi essere continuamente aggiornata poiché la domanda di servizi sanitari è influenzata da diversi fattori: tra queste l'evoluzione demografica, l'andamento epidemologico, prevalenza delle Patologie Croniche ed Oncologiche e loro Impatto Economico. Il fabbisogno sanitario inoltre include un'equa distribuzione di risorse umane e specialistiche che nel nostro Paese sappiamo essere piuttosto disomogenea e con forti carenze. Questa di-

somogeneità è aggravata dalla tendenza dei medici a concentrarsi nelle aree metropolitane dove le opportunità di formazione e carriera sono maggiori. Di conseguenza le zone rurali e le aree interne del Paese spesso rimangono prive di un numero sufficiente di specialisti con un impatto negativo sulla salute delle popolazioni locali. Per riequilibrare la distribuzione delle risorse umane è necessario: Offrire incentivi economici e opportunità di formazione per incoraggiare i medici a lavorare nelle aree carenti, sviluppare servizi di telemedicina, creazione di reti territoriali".

Progettazione di un sistema sanitario sostenibile

"La progettazione di un sistema sanitario sostenibile e moderno - ha ribadito il segretario generale - passa necessariamente attraverso l'adozione di nuove tecnologie. Quindi l'intelligenza artificiale (IA) e la teleme-

dicina". Queste, se correttamente usate come strumenti di ausilio al professionista, "rappresentano alcune delle innovazioni più promettenti, in grado di trasformare l'assistenza sanitaria, migliorare l'efficienza dei processi e offrire soluzioni personalizzate ai pazienti".

Interconnessione tra ospedale e territorio

"Un sistema sanitario sostenibile deve garantire una stretta interconnessione tra gli ospedali e i servizi territoriali. L'attuale frammentazione dei percorsi assistenziali è una delle principali cause di inefficienza e di sovraccarico delle strutture ospedaliere ma che non si può certo risolvere, come accade in molte realtà regionali, con l'ospedale che va nel territorio".

Il modello di sanità integrata sostenuto dal SUMAI Assoprof "prevede la creazione di reti di assistenza che coinvolgano medici specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale, ospedali e servizi domiciliari. In questo modello, l'ospedale con la sua equipe di professionisti si occupa dei casi più complessi e acuti che necessitano di ricovero, mentre i servizi territoriali con le loro equipe di professionisti, gestiscono i pazienti cronici non bisognosi di ospedalizzazione offrendo un'assistenza continua e personalizzata".

Specialistica ambulatoriale e medicina generale

"I tagli finanziari e una gestione non ottimale delle risorse hanno evidenziato le criticità del territorio. In questo contesto la cooperazione tra medicina generale e specialistica ambulatoriale in un lavoro in equipe, è diventata, ora più che mai, un fattore determinante per migliorare l'efficienza della sanità territoriale. La telemedicina oltre ad eliminare le distanze tra medico e paziente, andrebbe a favorire anche il rapporto ed il confronto tra specialisti ambulatoriali".



riali, specialisti ospedalieri e medici di medicina generale portando ad una maggiore appropriatezza ed efficienza”.

Per Magi, inoltre, “modelli come le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), previste nei rispettivi ACN, favoriscono l'integrazione tra i vari professionisti sanitari, migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo i tempi di attesa. Nonostante ciò, la carenza di medici specialisti e di medicina generale rappresenta una delle criticità del sistema sanitario italiano che vanno affrontate e superate”.

Specialistica ambulatoriale e specialistica ospedaliera

“La **distinzione** tra specialistica ambulatoriale convenzionata interna e ospedaliera è fondamentale per comprendere come queste due forme differenti di assistenza sanitaria specialistica possano invece completarsi a



Le proposte Sumai

Le proposte del Sumai Assoprof per una sanità migliore

Riprogrammare

Riprogrammazione dei posti di specializzazione in modo da garantire una distribuzione equilibrata delle competenze specialistiche sul territorio. È necessario prevedere incentivi per i giovani medici che scelgono specialità in cui si riscontrano carenze critiche, come anestesia, medicina d'urgenza, radioterapia, anatomia patologica, chirurgia generale e via dicendo.

Riformare

Riforma della medicina territoriale che punti a potenziare gli ambulatori specialistici e a promuovere un modello di assistenza integrata.

Eliminare

Eliminare le incompatibilità, riforma a costo zero, abbiamo visto che l'eliminazione permetterebbe agli specialisti convenzionati interni di lavorare sia nel pubblico che nell'accreditato, ampliando l'offerta di medici in un momento in cui la carenza di personale specialistico sanitario, in particolare di medici specialisti, è uno dei problemi più gravi del SSN.

Incrementare

L'uso della Telemedicina e innovazione digitale, questi strumenti possono essere utilizzati per la consulenza a distanza, ma anche e soprattutto per il monitoraggio dei pazienti cronici, migliorando la qualità delle cure e riducendo gli spostamenti inutili sia del personale medico che dei pazienti.

Riorganizzare

Riorganizzazione dei percorsi assistenziali, collaborazione tra medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali e ospedali così i pazienti verrebbero seguiti da un'équipe multidisciplinare, sia nelle strutture Case della Comunità, ma anche negli Ospedali di Comunità e nell'Assistenza Domiciliare Integrata, garantendo una presa in carico completa e personalizzata. Tale approccio può migliorare l'efficacia delle cure e ridurre i ricoveri”.

“Le proposte avanzate dal SUMAI Assoprof – ha concluso il segretario – mirano a contribuire alla costruzione di una sanità più efficiente, sostenibile e centrata sul paziente. Per realizzare questa visione, è essenziale un impegno congiunto da parte delle istituzioni, delle regioni, dei professionisti sanitari e delle organizzazioni sindacali. Solo attraverso una collaborazione attiva sarà possibile sviluppare una programmazione sanitaria basata su dati epidemiologici accurati, pianificare il fabbisogno di personale in modo efficace e progettare un modello di assistenza che metta al centro le esigenze delle persone. Il SUMAI Assoprof continuerà a lavorare per promuovere una sanità in cui i medici specialisti ambulatoriali possano svolgere appieno il proprio ruolo, contribuendo a garantire cure di qualità per tutti i cittadini”.

LA RELAZIONE DEL SEGRETARIO

vicenda. La specialistica ambulatoriale opera principalmente a livello territoriale, mentre quella ospedaliera si concentra sui trattamenti più complessi che richiedono il ricovero e strutture e attrezzature avanzate. La specialistica ambulatoriale, se ben utilizzata, riduce la pressione sugli ospedali e garantisce un'assistenza più tempestiva e vicina ai pazienti (di prossimità). Per garantire un'efficienza ottimale, è essenziale che vi sia una stretta cooperazione tra specialisti ambulatoriali e ospedalieri questo è possibile con una reale condivisione dei dati clinici, la continuità assistenziale e un sistema informativo unificato che consenta il rapido trasferimento di informazioni tra ambulatori e ospedali”.

Superamento dell'Incompatibilità

“Il superamento dell'incompatibilità consentirebbe ai medici di operare in entrambi i contesti, pubblico e priva-

Per garantire un'efficienza ottimale, è essenziale che vi sia una stretta cooperazione tra specialisti ambulatoriali e ospedalieri questo è possibile con una reale condivisione dei dati clinici, la continuità assistenziale e un sistema informativo unificato che consenta il rapido trasferimento di informazioni tra ambulatori e ospedali

”

to accreditato, aumentando così la disponibilità di medicina specialistica, aumentando l'offerta per i pazienti e migliorando la continuità delle cure. Grazie alla possibilità di lavorare su più fronti, i medici potrebbero sfruttare meglio le risorse e le competenze acquisite in un contesto per migliorare l'assistenza nell'altro, contribuendo a una maggiore efficienza del sistema sanitario. Il superamento dell'incompatibilità tra specialistica ambulatoriale convenzionata interna e specialistica privata accreditata potrebbe rappresentare un primo passo significativo verso un sistema sanitario più flessibile ed efficiente. Integrando meglio i due settori, si favorirebbe una maggiore disponibilità di specialisti e una più stretta collaborazione tra pubblico e privato, a beneficio della continuità assistenziale e della qualità delle cure offerte ai cittadini”.

Specialistica ambulatoriale e specialistica privata accreditata

La specialistica ambulatoriale convenzionata interna include i medici specialisti che operano direttamente all'interno del SSN e offrono prestazioni garantite a tutti i cittadini. La specialistica privata accreditata tramite strutture sanitarie private che forniscono servizi su base convenzionata, ricevendo finanziamenti pubblici e operando sotto le direttive del SSN. Svolge un ruolo fondamentale nel sistema sanitario, posizionandosi insieme alla specialistica a diretta gestione con funzione specificatamente di tipo prestazionale. Questa forma di medicina specialistica, garantendo un'elevata qualità delle prestazioni, può contribuire in maniera importante per ridurre la pressione sulle liste d'attesa”.

Incompatibilità tra Medici Specialisti Convenzionati Interni e Privati Accreditati

Il tema dell'incompatibilità e il suo superamento sono centrali nel ragionamento del segretario del Sumai. “Attualmente – ha ricordato Magi – esiste una norma che prevede l'incompatibilità impedendo ai medici specialisti di lavorare contemporaneamente sia in strutture pubbliche che in quelle private accreditate. “Questa situazione crea una separazione artificiale tra due settori che, in realtà, offrono lo stesso servizio di assistenza sanitaria, ormai integrati (le prenotazioni vengono effettuate ad entrambi dai CUP Regionali) e che potrebbero migliorare notevolmente la qualità e l'efficienza del sistema sanitario ampliando l'offerta specialistica con il Ssn. L'incompatibilità limita la flessibilità operativa del sistema sanitario e contribuisce a mantenere separati due settori che potrebbero collaborare in modo più efficace aumentando l'offerta di medici specialisti nel Ssn”.



IL MINISTRO SCHILLACI

Necessario potenziare la medicina territoriale

Il ministro anche quest'anno ha partecipato al congresso del Sumai sottolineando l'importanza della programmazione e l'urgenza di rendere attrattivo il Ssn per tenere i giovani, ma non solo, che altrimenti vanno a lavorare all'estero o nel privato



“La relazione del Segretario Generale anche quest’anno si conferma un’analisi ricca di spunti per riflettere su vecchie disfunzioni, che negli anni purtroppo si sono cronicizzate e sulle leve su cui investire per un vero rilancio del nostro Servizio sanitario pubblico. Condivido appieno molte delle osservazioni che ha presentato Antonio Magi, a partire dalla scarsa o totale assenza di programmazione che sarebbe stata necessaria per riorganizzare la sanità pubblica in risposta all’importante cambiamento demografico che c’è stato negli ultimi decenni. Un’assenza che ha determinato anche buona parte d’inefficienza e di sprechi che ancora esistono in maniera vistosa in molte realtà italiane.

Lo ha affermato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, partecipando al 56° congresso nazionale Sumai Assoprof.

“Ma oggi la principale criticità che affligge la nostra sanità pubblica è la carenza del personale sanitario. Anche in questo caso siamo dinanzi ad un processo iniziato diversi anni fa, c’è stata un’erronea e miope programmazione delle scuole di specializzazione, un imbuto informativo che ben conoscete e una disattenzione verso chi lavora nella sanità pubblica”.

“In uno dei miei primi interventi che

L'INTERVENTO DEL MINISTRO SCHILLACI

ho tenuto pochi mesi dopo essermi insediato al ministero della Salute ho ricordato che tra il 2005 e il 2015 oltre diecimila medici avevano lasciato l'Italia per lavorare all'estero. Un dato che fece allora molto rumore, forse perché un ministro poneva finalmente l'accento sulla necessità di rendere nuovamente attrattivo lavorare nel sistema pubblico italiano. Oggi sappiamo che soffriamo soprattutto la carenza di infermieri e di alcune specializzazioni mediche che negli ultimi anni i giovani medici tendono a non scegliere.

“Come sottolineato anche nella relazione sono sempre meno i giovani che scelgono specializzazioni fondamentali per il nostro Servizio sanitario: a parte il Pronto soccorso, di cui parlano tutti, mancano purtroppo nuovi specialisti per anatomia patologica, terapia intensiva, medicina di emergenza-urgenza, radioterapia, medicina nucleare, chirurgia generale. Come possiamo immaginare

una medicina del terzo millennio senza specialistiche del tipo di anatomia patologica o radioterapia? Questa è una criticità vera sulla quale lavorare insieme per determinare meglio il fabbisogno di specialisti per i trienni accademici, perché sappiamo che la vera questione è legata ormai non più e non solo al numero di contratti, arrivati a 15mila, ma alla loro distribuzione.

“Abbiamo fatto un'analisi approfondita in collaborazione con le regioni - ha continuato Orazio Schillaci - vanno rivisti i dati regionali sul fabbisogno, vanno rese le richieste più aderenti alle vere e reali necessità del sistema sanitario. Il fabbisogno delle specializzazioni più critiche e di maggiore interesse per il Servizio sanitario nazionale va forse aumentato ma siamo sicuri che poi i giovani lo scelgono se non facciamo vedere quanto sono importanti alcune specializzazioni? Bisogna magari poi diminuire i contratti oggi a volte più richiesti”.

Il ministro della Salute ha però tenuto a dire che “non si tratta solo di un problema italiano. Quando un anno fa ho incontrato il segretario di Stato alla Salute uscente degli Stati Uniti, Xavier Becerra, ci siamo chiesti quale fosse la scuola di specializzazione più scelta nei rispettivi Paesi: in Italia e negli Stati Uniti è la dermatologia. Alcuni dei problemi che oggi vengono messi sul tavolo della sanità italiana sono problemi di tutta la sanità, perché il mondo è cambiato. Sono cambiati i giovani medici, che hanno aspettative diverse, è cambiato il mondo della sanità. Se oggi noi non intercettiamo e non capiamo quello che vogliono i giovani medici, non saremo mai in grado di dare un servizio adatto ai nostri cittadini”.

Per Schillaci “bisogna fare una programmazione attenta ai fabbisogni di salute, bisogna investire per efficientare la sanità pubblica, condividiamo completamente la necessità di potenziare la medicina territoriale, bisogna fare investimenti mirati nelle innovazioni e bisogna rilanciare e rafforzare la prevenzione. D'altronde, negli ultimi anni lo spostamento delle cure dal livello ospedaliero a quello territoriale ha rappresentato una delle più diffuse politiche sanitarie nei Paesi europei, con gli obiettivi di migliorare la qualità dei servizi e accrescere l'efficienza”.

Parlando del Servizio sanitario nazionale, Schillaci ha raccontato di aver ricevuto i complimenti per il Servizio sanitario nazionale da parte del ministro tedesco della Salute, Karl Lauterbach, con cui si è incontrato a Rio de Janeiro per il G20 della Salute. “Il Servizio sanitario nazionale non è merito mio ma degli operatori sanitari, dei medici, degli infermieri. Grazie a voi, che siete in aula, il Servizio sanitario nazionale italiano è ancora visto come un punto di riferimento. Qui c'è ancora qualcuno che dice che abbiamo troppo pochi posti letto: questo è vero ma il vero problema italiano non è stato chiudere i po-

Se oggi noi non intercettiamo e non capiamo quello che vogliono i giovani medici, non saremo mai in grado di dare un servizio adatto ai nostri cittadini

”





sti letto, è stato non rafforzare la medicina territoriale quando i posti letto sono stati chiusi. In questo nuovo modello organizzativo - ha tenuto a evidenziare Schillaci - le Case di comunità, la medicina territoriale, sono l'elemento centrale insieme a tutti gli altri servizi territoriali e a quelli ospedalieri. È il setting assistenziale idoneo per dare concretezza ai concetti di sanità, di iniziativa, di medicina e di popolazione che sono oggi imprescindibili e che richiedono una presa in carico da parte di un'équipe multi-professionale, il medico di base, il pediatra, gli specialisti, i medici territoriali, gli psicologi, gli infermieri, i farmacisti, gli assistenti sociali”.

“**Oggi alcuni mettono** in discussione la riuscita della Missione Salute del Pnrr - ha poi detto - ma ricordo che sono stati avviati cantieri per oltre il 61% delle Case di comunità previste. A dubitare sulla capacità di portare avanti gli obiettivi del Piano nazionale di ripresa e resilienza sono gli stessi che, però, in passato non hanno stanziato risorse per garantire una presenza adeguata di medici, infermieri e operatori sanitari in queste strutture. Lo scorso anno abbiamo riparato con la Finanziaria a questa mancanza, stanziando 250 milioni di euro per l'anno 2025 e 350 milioni di euro per l'anno 2026 per reclutare personale dipendente e convenzionato per le Case di comunità”.

“**Siamo ben consapevoli** del contributo che i medici specialisti ambulatoriali possono dare per rendere più efficiente la capacità di risposta ai bisogni di salute dei cittadini. In quest'ottica, il provvedimento sulle liste d'attesa rende possibile incrementare le ore per gli specialisti ambulatoriali, programmare nuovi turni per abbattere le liste d'attesa. Questo - ha ribadito il ministro - può aumentare il numero di visite e prestazioni erogate, ridurre i tempi di attesa per i pazienti che necessitano di una consulenza. Può servire ad ampliare i servizi, dare

Il vero snodo è quello della carenza del personale. Dobbiamo puntare a nuove assunzioni, a pagare meglio chi lavora nel Sistema sanitario nazionale

maggiore flessibilità e possibilità di scelta. Questo vuol dire promuovere una presa in carico dei malati cronici nelle Case di comunità e negli ospedali di comunità”.

Per Orazio Schillaci, “il vero snodo è quello della carenza del personale. Dobbiamo puntare a nuove assunzioni, a pagare meglio chi lavora nel Sistema sanitario nazionale. E se guardate il comma 2 dell'articolo 5 del Decreto sulle liste d'attesa, noi adesso aspettiamo con ansia i fabbisogni triennali che ci devono dare le regioni. E a loro ho scritto che il mio ruolo non è quello di passacarte tra le regioni e il Mef. Aspettiamo dunque il fabbisogno e programiamo seriamente quello che ci serve”.

“**Ovviamente**, soluzioni immediate sono difficili quando ci sono tante criticità con un contesto di risorse che sono quelle che sono. Dobbiamo fare delle scelte: quella mia e del ministro, lo dico da mesi, è sul personale. Noi vogliamo privilegiare il fatto di avere nuovi operatori sanitari e pagare meglio quelli che lavorano nel Sistema sanitario nazionale. Lo abbiamo fatto parzialmente in questa Finanziaria incrementando le indennità per chi lavora in Pronto soccorso, il trattamento economico degli specializzandi, aumentando, di poco, l'indennità di specificità per la dirigenza medica e veterinaria, ma c'è quella per i non medici e gli infermieri. E stiamo valutando come introdurre la defiscalizzazione dell'indennità di specificità”.

“**Gli spunti** che Antonio Magi ci ha proposto sono tanti - ha aggiunto il ministro della Salute - e da approfondire. Su come spendere le risorse, credo che non si tratti sempre e solo di un problema di risorse, è anche un problema di come allocarle e di spendere bene quelle che ci sono. Ci sono regioni che non hanno speso i soldi avuti per le liste di attesa del governo precedente. Dobbiamo valorizzare gli specialisti ambulatoriali interni,

dobbiamo dare sicurezza ai nostri operatori sanitari: per quest'anno abbiamo prorogato lo scudo penale e dobbiamo trovare una norma che sia efficace con le vigenti norme italiane per far sì che i medici operino in sicurezza”.

Sempre rivolto alla platea, Schillaci ha posto l'accento sull'importanza della prevenzione, “unica arma che vogliamo. Io sono uno strenuo difensore del Sistema sanitario nazionale pubblico e se vogliamo che continui ad essere universalistico com'è, non possiamo non investire in prevenzione. E investire in prevenzione è un investimento, non una spesa. E anche investire sul personale che lavora in sanità è un investimento che ritorna per il benessere comune di tutti i cittadini italiani”.

Spazio poi all'Intelligenza artificiale, “uno strumento molto importante che ci può dare di più. Le prime uniche vere applicazioni concrete da anni sull'Intelligenza artificiale sono in medicina. Non voglio però avere ospedali di serie A e ospedali di serie B, ovvero ospedali che hanno l'Intelligenza artificiale e altri che invece non ce l'hanno. Ma l'intelligenza che serve è quella umana, quella chiamata a gestire al meglio proprio l'Intelligenza artificiale nell'interesse di tutti”.

“**Voglio infine** esprimere il mio apprezzamento per aver acceso i riflettori sull'importanza della formazione - ha concluso Schillaci - un tema che a volte scompare dal dibattito e che invece è strategico: è la vera arma per rendere i nostri medici, i nostri operatori sanitari sempre più all'altezza delle sfide di una sanità che cambia”.



Negli ultimi anni lo spostamento delle cure dal livello ospedaliero a quello territoriale ha rappresentato una delle più diffuse politiche sanitarie nei Paesi europei, con gli obiettivi di migliorare la qualità dei servizi e accrescere l'efficienza

L'INTERVENTO DEL PRESIDENTE ROCCA

Le case della Comunità sono realtà e io non consentirò a nessuno che rimangano soltanto un valore immobiliare

In un lungo e articolato intervento il presidente della Regione Lazio ha parlato di fabbisogni, della complessità del fenomeno, di risorse, di inappropriatelyzza e infine di case della salute ribadendo che vanno riempite di personale sanitario e fatte funzionare

“Ci tenevo ad esserci – ha esordito il presidente della regione Lazio, Francesco Rocca - non soltanto come presidente della Regione Lazio ma anche come unico presidente che ha tenuto la delega della sanità. Questo Congresso nazionale ha un titolo i cui tre pilastri condivido. Mi permetto però

di cambiare l'ordine nel senso che noi in Regione Lazio abbiamo provato a fare un lavoro partendo prima dal fabbisogno per poi fare la programmazione e in questo senso per me è fondamentale la collaborazione.

“La sanità sta a cuore a tutti i cittadini e, per quanto mi riguarda, non credo che ci sia la volontà di smantellare il Servizio sanitario nazionale. In proposito ho anche sentito tante chiacchiere da chi ha governato in questi anni e avendo avuto la possibilità di invertire la rotta non l'ha fatto.

“Il tema è governare un sistema complesso e le risposte che stiamo dando sono inadeguate. Temi come questo non hanno un colore politico ma fino a quando continueremo a confrontarci in maniera divisiva, banalizzando la complessità, sarà sempre peggio.

“Questa è la vera questione. Noi parliamo di sanità come se fosse un tema da bar e non va bene perché non aiuta neanche i cittadini a comprendere di che portata epocale sia la sfida che nasce da una mancanza di programmazione che viene da lontano. Perché è vero che la popolazione è invecchiata, ma la demografia la conoscevamo e, anni fa, avremmo potuto e dovuto prevedere ciò che stiamo af-





frontando oggi considerato l'invecchiamento della popolazione.

“Qui ci sono due ordini di fattori. Primo, la Ragioneria Generale dello Stato deve fare un passo indietro nel momento in cui noi, presidente, proponiamo i nostri programmi operativi e parlo soprattutto per le regioni in piano di rientro.

Secondo, la sanità deve tornare pienamente in capo al ministero della Salute, non tanto sulle competenze che credo oggi le regioni possano avere, ma come capacità di visione e di programmazione della spesa.

“Inoltre, prima di chiedere nuove risorse dobbiamo capire quante sono le risorse. Senza un'analisi del fabbisogno pieno si entra in un buco nero dove la spesa continua a salire perché c'è questo fenomeno per cui la domanda sale sempre anche se noi aumentiamo l'offerta.



La sanità deve tornare pienamente in capo al ministero della Salute, non tanto sulle competenze che credo oggi le regioni possano avere, ma come capacità di visione e di programmazione della spesa

“Questo è il tempo del cambiamento. Non è più il tempo delle corporazioni. Questo è il tempo di investire sulla novità. Questo è il tempo di investire sulle professioni sanitarie senza minacciare scioperi. L'esercizio lobbistico in questo momento fa più danno che altro. A noi serve un momento di chiarezza sfidante per tutti, occorre resettare gli interessi di qualsiasi tipo e natura.

“Solo nel Lazio ci sono 200 milioni di inappropriata prescrizione. E non sto dicendo che è responsabilità solo dei medici, lo dico a titolo esemplificativo perché in questo momento tutti ci dobbiamo rimettere in gioco. Ai summaisti l'ho detto sono pronto a fare un tavolo in regione per coinvolgervi sull'abbattimento liste e sul coinvolgimento dei pronto soccorso. E vi ringrazio per la disponibilità che mi avete dato. Non so se vi daranno le agevolazioni sulla parte fiscale. È ovvio che questo crea dei limiti rispetto ad altri vostri colleghi, quindi è un tema che va rivisto nella complessità in cui si dovrebbe avere l'onestà, il coraggio di mettersi seduti e affrontare i temi tutti insieme.

“Perché mai come oggi è importante saper fare quel passo indietro con onestà intellettuale. Se io dovessi rinunciare all'offerta del privato accreditato, priverei miei cittadini di prestazioni importanti. Sono oltre quattro milioni le prestazioni che offre il privato, parlo soltanto delle prestazioni ambulatoriali diagnostiche. L'importante è che quelle prestazioni ambulatoriali diagnostiche siano governate. E ancor prima che uscisse il decreto liste d'attesa, noi abbiamo messo l'obbligo e non abbiamo rinnovato 17 accreditamenti a 17 strutture perché non hanno messo a disposizione del recup con un unico punto di ingresso per facilitare la vita ai nostri cittadini quelle prestazioni.

“Pensate che sia stato facile? È ovvio che questo fa parte di una fermezza

e di una capacità di governo che le regioni devono potere e dover dimostrare nell'interesse della Comunità. Io credo che mai come in questo momento dobbiamo affrontare questo tema della programmazione, della lettura dei fabbisogni. Con uno sguardo nuovo. Però ripeto io su questo al governo non ho chiesto risorse economiche perché non so ancora di quanti soldi ho necessità, io ho chiesto di poter fare la mia programmazione considerato che sono regione in piano di rientro e fermo restando il rispetto totale ed assoluto del budget.

“Ho varato un piano da 14.000 assunzioni in 18 mesi. 660 milioni di spesa storica. Ma l'abbiamo fatto ascoltando il direttore per direttore, Asl per Asl, specialità per specialità. Proprio per poter dare una risposta coerente con la pianificazione dei posti letto all'interno e della distribuzione della rete territoriale. Con i medici di medicina generale deve cominciare un rapporto nuovo. È terminata quell'epoca e ne dobbiamo prendere atto, loro ne devono prendere atto. Insieme dobbiamo costruire il futuro. Di sicuro – ha concluso Rocca – non si costruisce il futuro con il no alle case della Comunità. Le case della Comunità sono realtà e io non consentirò a nessuno che rimangano soltanto un valore immobiliare. Scioperasse chiunque. Quelle case della salute io le ho trovate, non le ho programmate, semmai bisognava impegnarsi prima ma ora quelle case della salute vanno riempite”.

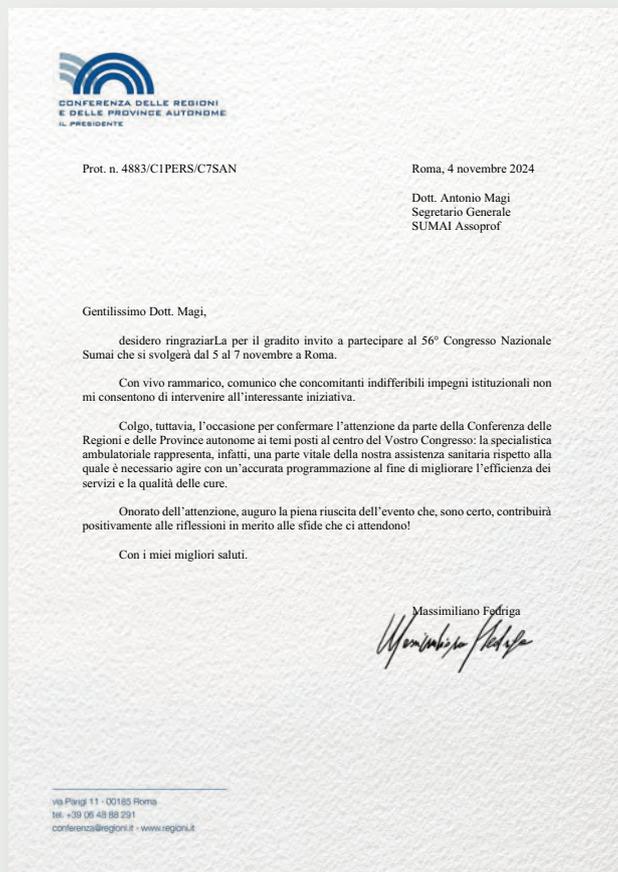
IL SALUTO DEL PRESIDENTE FEDRIGA

I temi del vostro congresso sono all'attenzione della "Regioni"

Il saluto del presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome al 56° congresso Sumai



Massimiliano Fedriga
Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome



Gentilissimo Dott. Magi, desidero ringraziarla per il gradito invito a partecipare al 56° Congresso Nazionale che si svolgerà dal 5 al 7 novembre a Roma. Con vivo rammarico, comunico che concomitanti impegni istituzionali non mi consentono di intervenire all'interessante iniziativa.

Colgo, tuttavia, l'occasione per confermare l'attenzione da parte della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ai temi posti al centro del Vostro Congresso: la specialistica ambulatoriale rappresenta, infatti, una parte vitale della nostra assistenza sanitaria rispetto alla quale è necessario agire con un'accurata programmazione al fine di migliorare l'efficienza dei servizi e la qualità delle cure.

Onorato dell'attenzione, auguro, la piena riuscita dell'evento che, sono certo, contribuirà positivamente alle riflessioni in merito alle sfide che ci attendono.

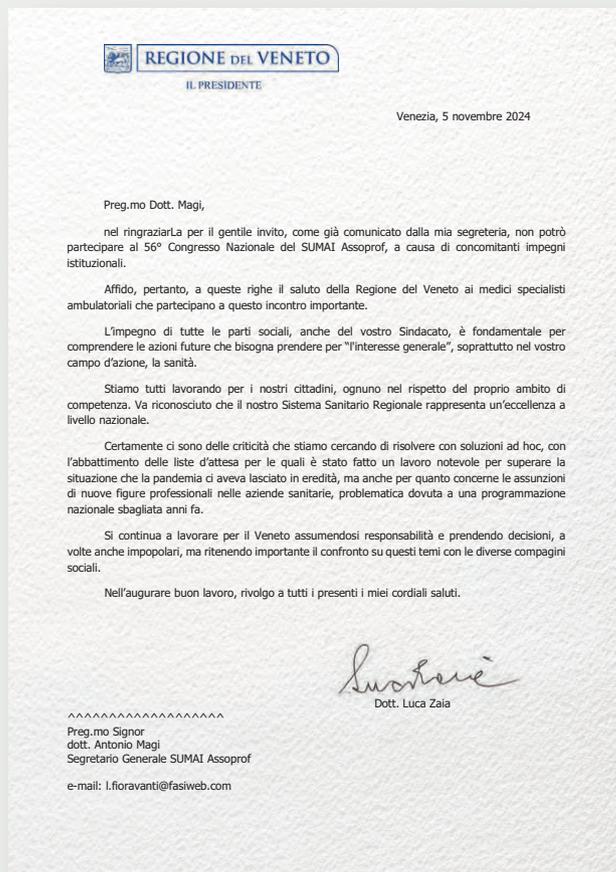
Con i migliori saluti

L'impegno delle parti sociali, anche del Sumai, è fondamentale per comprendere le azioni da prendere in sanità

Il saluto del presidente della Regione Veneto al 56° congresso Sumai



Luca Zaia
Presidente della Regione Veneto



Preg. mo Dott. Magi, nel ringraziarla per il gentile invito, come già comunicato dalla mia segreteria, non potrò partecipare al 56° Congresso Nazionale del Sumai Assoprof, a causa di concomitanti impegni istituzionali.

Affido, pertanto, a queste righe il saluto della regione del Veneto ai medici specialisti ambulatoriali che partecipano a questo incontro importante.

L'impegno di tutte le parti sociali, anche del vostro Sindacato, è fondamentale per comprendere le azioni future che bisogna prendere per "l'interesse generale", soprattutto nel vostro campo d'azione, la sanità.

Stiamo tutti lavorando per i nostri cittadini, ognuno nel rispetto del proprio ambito di competenza. Va riconosciuto che il nostro Sistema Sanitario Regionale rappresenta un'eccellenza a livello nazionale.

Certamente ci sono delle criticità che stiamo cercando di risolvere con soluzioni ad hoc, con l'abbattimento delle liste d'attesa per le quali è stato fatto un lavoro notevole per superare la situazione che la pandemia ci aveva lasciato in eredità, ma anche per quanto concerne le assunzioni di nuove figure professionali nelle aziende sanitarie, problematica dovuta ad una programmazione nazionale sbagliata anni fa.

Si continua a lavorare per il Veneto assumendosi responsabilità e prendendo decisioni talvolta anche impopolari, ma ritenendo importante il confronto su questi temi con le diverse compagini sociali.

Nell'augurare buon lavoro, rivolgo a tutti i presenti miei più cordiali saluti

LE MOZIONI

Le mozioni approvate dal Congresso

L'assemblea del 56° Congresso Nazionale Sumai Assoprof riunita a Roma dal 5 al 7 novembre 2024

PRESO ATTO

delle Mozioni presentate dalle Sezioni Provinciali e dalle Commissioni

UDITA

La Relazione del Segretario Generale

L'APPROVA E DA MANDATO

Alla Segreteria Nazionale del Sumai Assoprof di:

- **sostenere** tutte le segreterie regionali nel percorso per rendere operative le previsioni del D.Lgs. n. 73 del 7 giugno 2024. In particolare per quanto attiene all'articolo 3, comma 8 (gestione delle patologie cronico - degenerative) e all'articolo 3, comma 10-bis, lettera d) (incremento ore di specialistica);
- **fare pressione** in tutte le sedi istituzionali per ottenere l'incremento del finanziamento del SSN anche attraverso iniziative congiunte con le altre OOSS mediche e non;
- **promuovere** le opportune modifiche legislative per la drastica riduzione delle incompatibilità;
- **promuovere** iniziative per la prevenzione della violenza contro gli operatori sanitari anche attraverso corsi specifici sulla gestione delle situazioni di pericolo e sulla autodifesa;
- **favorire** il ricambio generazionale dei dirigenti sindacali anche con attività di tutoraggio e coinvolgimento diretto di colleghi disponibili in tutte le iniziative;
- **monitorare** l'applicazione dell'ACN 2019-2021 sia per la parte normativa prevedendo corsi di aggiornamento per il personale delle Aziende Sanitarie sia per la parte economica;
- **sollecitare** nelle sedi opportune l'adozione degli atti d'indirizzo per i rinnovi degli AACNN della specialistica ambulatoriale interna e della medicina generale e del CCNL 2022-2024 della dirigenza medica per il rapido avvio delle relative trattative, impegnandosi affinché almeno l'80% degli incrementi vengano erogati per l'accordo nazionale e solo la restante parte per gli accordi regionali ed aziendali;
- **definire** i rapporti e le funzioni delle varie figure professionali (MMG, SAI, PLS, infermieri, ecc.) In vista della costituzione delle Case della Comunità, sottolineando che le AFT e le UCCP rappresentano un nuovo modello organizzativo, che evidenzia la centralità

della medicina territoriale;-promuovere ogni azione che possa consentire il potenziamento degli ambulatori territoriali, dotandoli di adeguate strumentazioni sanitarie e digitali (PC, software, ecc.) avvalendosi della Health Technology Assessment, prevedendo anche gli arredi e le strutture di accoglienza necessarie; cercando di diminuire, così sempre di più, il gap tra ambulatori ospedalieri e territoriali e tra regioni del sud e del nord, anche alla luce della centralità della medicina del territorio di cui tanto si parla;

- **promuovere** l'ingresso nella graduatoria della specialistica agli specializzandi iscritti al 2° anno come prevede il decreto Calabria e la defiscalizzazione con l'imposta sul reddito pari al 15 per cento, così come previsto dal decreto legge del 7 giugno 2024 sulle Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;





- **prevedere** nel prossimo ACN il riconoscimento di una quota remunerativa legata alla professionalità acquisita;

- **promuovere** l'adozione del parametro del fabbisogno come principale indicatore per l'implementazione dell'attività della specialistica ambulatoriale interna;

- **esplorare** ulteriori possibilità di attribuire agli specialisti ambulatoriali interni incarichi di coordinamento o gestione, anche di tipo funzionale, analoghi alle strutture semplici del SSN;

- **chiedere**, in conseguenza dell'istituzione del ruolo unico di assistenza primaria, di permettere anche ai medici della medicina dei servizi di svolgere orari aggiuntivi all'interno delle CdC;

- **chiedere** alle Aziende Sanitarie, per quanto riguarda la Formazione Continua, di garantire ai medici della medicina dei servizi i corsi di formazione per almeno il 50% del debito formativo annuale;

- **chiedere** l'istituzione di un tavolo tecnico composto dai funzionari INAIL e dalle OOSS per lo snellimento della modulistica e per l'aggiornamento delle modalità di invio telematico delle certificazioni INAIL;

- **potenziare** tutti i settori e le aree del sindacato attraverso il coinvolgimento dei Segretari Provinciali per una campagna di nuove iscrizioni;

- **sollecitare** la Direzione dell'INAIL al fine di definire tempestivamente la progettualità operativa che con-

senta il riconoscimento anche agli specialisti ambulatoriali e psicologi in servizio presso l'Istituto degli emolumenti di quota variabile previsti dall'ACN del 4 aprile 2024 oltre alla indennità di disponibilità di cui all'articolo 45 dello stesso Accordo;

- **chiedere** la ripubblicazione delle ore della medicina veterinaria anche per consentire l'incremento orario ai medici veterinari che hanno un esiguo numero di ore;

- **vigilare** perché l'indennità di Polizia Giudiziaria venga regolarmente pagata, come prevista dall'ACN, con le stesse modalità previste per i medici veterinari dipendenti;

- **richiedere** per i professionisti sanitari (biologi, chimici, psicologi) l'allineamento economico e vigilare perché vengano coinvolti nelle attività di equipe previste dalle AFT e UCCP;

- **richiedere** per i biologi che operano nei laboratori analisi di patologia clinica l'indennità di rischio biologico;

- **prevedere** un emolumento aggiuntivo e una più adeguata tutela contrattuale per tutti gli specialisti ambulatoriali, medici e psicologi, coinvolti nella presa in carico e nella collaborazione con la Giustizia, con i Servizi Sociali e con le FF OO;

- **vigilare** perché si possa giungere ad un rapido recepimento da parte del Ministero della Salute dell'ACN 2019-2021, perché si definisca il ruolo del SASN nell'ambito della riorganizzazione della sanità territoriale e perché si possa giungere ad una confluenza dell'ACN SASN nell'ACN degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi);

- **promuovere** la collaborazione multiprofessionale per migliorare l'assistenza e ridurre il carico di lavoro attraverso team multidisciplinari e multiprofessionali;

- **proporre** alle Aziende Sanitarie di attivare negli ambienti di lavoro servizi di sorveglianza dedicati (guardie giurate o vigilantes), telecamere e tasti di chiamata rapida per la sicurezza e una miglior gestione degli spazi di lavoro, con sale d'attesa adeguate. Cartellonistica chiara con regole di comportamento e possibili conseguenze penali per i trasgressori. Limitazione degli accompagnatori quando non necessari;

- **promuovere** l'analisi e il monitoraggio del rischio aziendale per migliorare il benessere lavorativo senza compromettere la qualità e sicurezza e prevedere un programma di prevenzione con procedure standard per la protezione dagli atti di violenza;

- **invitare** le Aziende Sanitarie a prevedere la presenza di personale di supporto per orientare l'utenza, migliorando l'esperienza e riducendo il disorientamento e ad attivare uno sportello permanente per segnalazioni di episodi di violenza, con protocolli rapidi per gestire le situazioni di rischio;

- **stimolare** le Aziende Sanitarie a organizzare eventi formativi su normativa e gestione del burn-out, con corsi obbligatori sulle tecniche di de-escalation e gestione dei conflitti.

Al link seguente il documento con le mozioni approvate



I distretti post DM 77, realtà ancora incompiuta

Renato Obrizzo
Direttore Centro
Studi Sumai
Assoprof

Quali azioni per potenziarli?

Il congresso annuale dell'associazione dei distretti ha ospitato un talk per parlare della necessità di garantire i LEA distrettuali in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale attraverso lo sviluppo dei Distretti forti

Dal 17 al 19 ottobre si è svolto a Genova il XXII Congresso Nazionale CARD (Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto).

Il SUMAI Assoprof è stato invitato alla "Discussione tra esperti" nella I Sessione della prima giornata e il Segretario Generale Antonio Magi mi ha delegato in qualità di Direttore del Centro Studi a partecipare alla discussione.

Tra i punti salienti dei vari interventi dei partecipanti (Federsanità, SIMM, FNOPI, FIASO, FIMMG, ANMDO) è emersa la necessità di garantire i LEA distrettuali in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale attraverso lo sviluppo dei *Distretti forti*.

Il *Distretto della Comunità* quale prima articolazione della Sanità pubblica di prossimità è chiamato sempre di più ad assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione anche attraverso l'integrazione delle competenze professionali, per una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. A tal proposito il Segretario generale della FIMMG Silvestro Scotti ha sottolineato l'importanza della presenza di specifici articoli che sono stati condivisi durante il rinnovo dei rispettivi Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Generale e della Specialistica ambulatoriale. Attraverso il rapporto



PROGRAMMA - AULA PLENARIA	
Ore 13.30	Iscrizione partecipanti e welcome.
Ore 14.45	Saluti e cerimonia inaugurale: - G. Volpe (Presidente Nazionale CARD) - F. Anzaldi (Direttore Generale A.I.S.A.) - R. Pennazio (Presidente CARD Liguria)
Ore 15.30	Report Card a cura del Centro Studi, P. Da Col - A. Trimarchi
Ore 16.00	I SESSIONE - Talk: "I distretti post DM 77, realtà ancora incompiute. Quali azioni per potenziarli?" Moderano: R. Borgia - L. Pietti Discussioni tra esperti: Invitati a partecipare: L. C. Bottaro (FEDERSANITÀ), C. Fiorecchi (SIMM), B. Mangiacavalli (FNOPI), R. Obrizzo (SUMAI), P. Petralia (FIASO), S. Scotti (FIMMG), L. Tattini (ANMDO).
Ore 17.00	II SESSIONE - Talk: "La Vaccinazione del paziente anziano/fragile: L'accountability dei distretti in alcune esperienze regionali ad alto impatto" Moderano: L. Rossi - A. Trimarchi Confronto tra Rappresentanti Regionali CARD: A. M. Andena (Emilia Romagna), O. Casali (Lombardia), E. Megli (Lazio), R. Sura (Piemonte), Liguna, S. Vianello (Veneto).
Ore 18.00	Dibattito e chiusura prima giornata

preferenziale tra le AFT dei MMG e dei SAI saranno sviluppati e integrati percorsi assistenziali che garantiranno continuità all'assistenza dei pa-

zienti. Nel mio intervento ho sottolineato come gli Specialisti ambulatoriali interni operino da sempre nei Distretti assicurando il livello specialistico delle cure primarie sul territorio e che il Sumai condivide il ruolo di primo piano assegnato ai Distretti dal DM 77 anche per attuare l'indispensabile passaggio dalla logica delle "prestazioni" a quella della presa in carico del problema socio-sanitario dell'utente.

Le 12 parole strategiche che la CARD ha individuato come riferimento per le relazioni e le comunicazioni al Congresso (1. Distretti, 2. Comunità, 3. Bisogni, 4. Prossimità e Continuità, 5. Relazioni, 6. Integrazioni, 7. Globalità, 8. Proattività, 9. Innovazioni, 10. Esiti, 11. Inclusione, 12. Qualità e Sicurezza) sono state commentate e ritenute dal sottoscritto tutte condivisibili perché finalizzate ad affrontare le sfide legate al radicale cambiamento che la cura della cronicità richiede con l'indispensabile apporto della specialistica ambulatoriale interna.

Il Presidente Nazionale CARD Genaro Volpe ha ringraziato il SUMAI per la partecipazione auspicando gradite e fattive collaborazioni nella condivisione di progetti e obiettivi comuni per sviluppo del territorio.

Quando il paziente sei tu c'è **SaluteMia**

La mutua dei medici e degli odontoiatri
che ti permette di creare una “rete
di protezione” socio-sanitaria
per te e per i tuoi familiari.

**Sono aperte
le iscrizioni
2025**

SaluteMia ti garantisce prevenzione, assistenza e protezione quando necessiti di cure mediche, esami diagnostici e strumentali, ricoveri, prestazioni ospedaliere o extra ospedaliere e molto altro.

Ma anche sostegno nei momenti importati della vita, come in caso di gravidanza e quando si diventa genitori.

Come novità, la mutua “fatta dai medici per i medici” ti offre, senza costi aggiuntivi, anche una copertura infortuni, valida per eventi sia in ambito lavorativo che extra professionale, in Italia o all'estero.

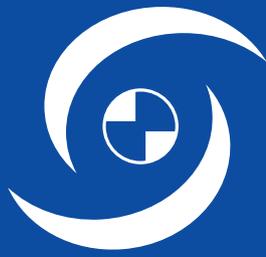


SaluteMia

Società di Mutuo Soccorso
dei Medici e degli Odontoiatri



Scopri l'offerta
dei Piani Sanitari su
www.salutemia.net



Sumai

A S S O P R O F

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



www.sumaiassoprof.org

