



Congresso Nazionale

50 anni di Specialistica Ambulatoriale Interna:
dalle mutue alle nuove forme organizzative come
modello di integrazione Territorio-Ospedale

**Relazione del
Segretario Generale
Antonio Magi**

Grand Hotel Salerno
23-27 ottobre 2017
SALERNO

Saluti

Care colleghe, cari colleghi, autorità presenti e ospiti benvenuti al 50° Congresso Nazionale del SUMAI-Assoprof.

Prima di iniziare permettetemi di ringraziare in particolare il SUMAI di Salerno che ci ha consentito di organizzare la nostra assise annuale in questa splendida cornice.

Quest'anno abbiamo deciso di focalizzare i nostri lavori congressuali sui ***"50 anni di Specialistica Ambulatoriale Interna: dalle mutue alle nuove forme organizzative come modello di integrazione Territorio-Ospedale"***.

Lo scorso anno, dopo la prematura scomparsa di Roberto Lala, mi è stato affidato l'onore di rappresentare il SUMAI Assoprof del quale, con questo Congresso Nazionale, celebriamo i suoi 50 anni di storia che sono sicuramente la testimonianza dell'impegno giornaliero che la nostra organizzazione ha messo, mette e metterà nel difendere e sostenere tutti gli specialisti convenzionati interni (Medici chirurghi, Medici veterinari, Psicologi, Biologi, Chimici).

70 anni da Ambulatoriali e 50 anni da Sumaisti

In realtà si parla di specialistica ambulatoriale da più di 70 anni, da quando cioè durante il fascismo vennero organizzati nel 1939 gli enti mutualistici e in particolare da quando con la legge 138 del 18 gennaio 1943 si decretò la fusione di alcuni settori del mutualismo nell'INAML (Istituto Nazionale di Assistenza Malattia per i Lavoratori).

Nel 1946, per i medici specialisti ambulatoriali, già si parlava di sindacalismo seppur mal organizzato e frammentato in decine di piccoli gruppi in tutta Italia, mentre nel 1947 venivano gettate le basi di un "associazionismo" che cominciava a edificare uno strumento di organizzazione diretta e di responsabilità politiche.

Giovacchini e Coppo sono stati tra i primi ad organizzare un gruppo di medici ambulatoriali predicando che solamente una direzione politico sindacale omogenea avrebbe potuto richiamare l'attenzione della pubblica opinione e delle autorità competenti sulla situazione mortificante nella quale lavoravano i medici ambulatoriali invocando quei provvedimenti atti ad attenuarne i danni morali e materiali.

Nei successivi 20 anni il sindacalismo medico, compreso quello dei medici ambulatoriali, si era nel frattempo organizzato ed affermato.

Nel 1967 vorrei ricordare tre importanti Congressi Nazionali:

Il primo, dal 20 al 24 settembre a Gardone Riviera, che fece da cornice al 41° Congresso dei Medici Condotti nel quale l'allora Ministro della Sanità, il socialista Luigi Mariotti, del governo Moro TER, dichiarava che *"...la figura del medico condotto non è più attuale... e l'Unità Sanitaria Locale, sarà una costellazione di Presidi Sanitari al centro della quale sorgerà l'Ente Ospedaliero che si articolerà a livello regionale, provinciale e comunale"*.

Il secondo, dal 23 al 25 settembre, a Firenze dove si svolse il 16° Congresso dello SNME (Sindacato Nazionale Medici ENPAS). In quell'occasione, il Segretario Nazionale, Benito Meledandri concluse i lavori con un ordine del giorno auspicando *"che in una cordiale volontà unitaria di tutte le forze sindacali si trovi una comunità di intenti"*.

Il terzo evento fu il 12° Congresso Ordinario del SIMMA (Sindacato Italiano Medici Mutualisti Ambulatoriali) che si svolse dal 30 settembre al 1 ottobre a Venezia. In quell'occasione il Ministro del Lavoro, Giacinto Bosco, insistette nell'esaltare i risultati della mutualità e mise in evidenza la situazione economica degli Enti, eccezionalmente drammatica, e la necessità di una riforma sanitaria nella quale, disse testualmente: *"non si può prescindere dall'ascoltare i Medici che rimangono "i soggetti insostituibili dell'assistenza"*.

Il Congresso confermò Eolo Parodi come Segretario Generale con tutta la sua segreteria composta da Bolognesi, Latanza, Bertoldi, Taralli e Panza.

Nel 1968 in Italia ogni "Cassa Mutua", aveva una propria Direzione (sia nazionale che provinciale) con propri poliambulatori e propri ricettari e assisteva una certa percentuale di popolazione "occupata" divisa per categorie di lavoratori mentre vorrei ricordare che la maggior parte dei cittadini italiani non aveva alcuna copertura assistenziale. Ogni Cassa Mutua aveva i suoi regolamenti che prevedevano, anche in rapporto ai versamenti contributivi dei soli iscritti, forme diverse di assistenza: sia diretta che indiretta dove il cittadino pagava di tasca propria, a seconda dei casi, le prestazioni e/o i medicinali e/o il ricovero e solo successivamente la Cassa Mutua provvedeva a rimborsare una certa aliquota, quasi sempre ridotta e con molto, molto ritardo.

Insomma ammalarsi in quei tempi costituiva per la maggior parte dei cittadini italiani un evento ... da evitare e in ogni caso molto dispendioso. Solo pochi, direi i soliti "abbienti", avevano la possibilità di ammalarsi senza alcuna preoccupazione economica.

Ricordiamo l'INAM (Istituto Nazionale Assistenza Malattia) che aveva come iscritti i lavoratori dell'industria;

l'ENPAS (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza degli Statali) che assicurava, anche dal punto di vista pensionistico, i dipendenti dello Stato quali militari, insegnanti, magistrati, cancellieri e via dicendo;

l'ENPDEDP (Ente Nazionale di Previdenza per i Dipendenti da Enti di diritto Pubblico) il quale assicurava per l'appunto i dipendenti degli Enti pubblici e al quale "in forma volontaria" e in virtù della bontà delle prestazioni erogate, aderivano anche i deputati e i senatori della Repubblica Italiana;

l'ENPALS era invece l'ente per i lavoratori dello spettacolo (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Lavoratori dello Spettacolo);

l'INADEL era l'ente per i dipendenti degli Enti Locali (Istituto Nazionale per l'Assistenza ai Dipendenti degli Enti Locali).

Poi c'erano delle altre casse come la Cassa Mutua Commercianti, la Coltivatori Diretti, l'ONMI (Opera Nazionale Maternità ed Infanzia), oltre ad innumerevoli Casse mutue aziendali (Italsider, SIP e via dicendo).

Gli specialisti ambulatoriali, come dicevo, lavoravano erogando assistenza in forma diretta o indiretta e potevano essere convenzionati con una o più Mutue e lavorare sia presso il proprio studio, remunerati con tariffario a prestazione o remunerati a tariffa oraria, all'interno dei poliambulatori degli Enti con lo scopo di concentrare in un unico luogo più specialisti e, soprattutto, far risparmiare l'Ente Mutualistico in quanto la tariffa oraria era più economica del pagamento a prestazione principio questo oggi colpevolmente ignorato.

I sindacati medici dell'epoca quindi navigavano solo in acque territoriali, molto settoriali, dimostrando che il loro sindacalismo serviva a conservare i modesti vantaggi ottenuti mentre le Confederazioni dei Lavoratori, pattuglia di punta anti-medica, volevano, già allora, che il medico dipendesse da loro e concentravano le loro forze polemiche nell'opera di persuasione per l'avvento di un servizio sanitario senza l'apporto delle esperienze dei medici, e prospettando però la necessità di creare un "fondo sociale" alimentato dal 10% dei contributi ENPAM.

Il sindacalismo medico dell'epoca non capiva ancora che solo attraverso l'unità di categoria si sarebbe potuto trovare il modo di contrastare l'egemonia federale e raggiungere le mete a cui tendere.

ancora definire gli atti di programmazione volti a istituire queste nuove forme organizzative e successivamente regolare le stesse tramite nuovi Accordi Integrativi Regionali.

L'incidenza delle malattie croniche

L'invecchiamento della popolazione con l'aumento della "speranza di vita" che per le donne è di 85,1 anni, mentre per gli uomini è di 80,6 anni, combinato al calo del "tasso di natalità" (tra i più bassi d'Europa), incentivato dalla crisi economica, dal grave fenomeno della disoccupazione e dalla riduzione delle risorse a disposizione delle famiglie, si impone sempre più come il problema di maggior rilievo sullo sviluppo del nostro Paese e sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

A dimostrazione di ciò, con l'aumentare dell'età media della popolazione vi è, conseguentemente, la crescente incidenza delle malattie croniche.

Considerando inoltre la lentezza e la diversità della nostra politica sanitaria regionale ricordiamo che gli ACN del 2009 della specialistica ambulatoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta già prevedevano le AFT e le UCCP.

Ebbene sono passati 8 anni ma nulla o quasi è accaduto.

Il decreto Balduzzi

Nel 2012, a causa dell'inerzia di gran parte delle Regioni, l'allora ministro della Salute Renato Balduzzi, nel tentativo di dare un nuovo impulso, emanò l'omonimo Decreto Legge divenuto poi legge 189/2012 che prevedeva nuovamente, sia sotto il profilo organizzativo che normativo, le AFT della Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e della Specialistica Ambulatoriale ma anche le UCCP definendone sia la loro composizione che le loro funzioni.

Ai sensi della 189/2012, infatti, nel luglio del 2015 con grande senso di responsabilità (e voglio far presente che per un sindacato è veramente arduo siglare un contratto senza risorse economiche), il SUMAI Assoprof ha firmato con la SISAC il nuovo ACN ad isorisorse esclusivamente normativo ed organizzativo della medicina specialistica

territoriale, prevedendo compiti, funzioni e ruolo degli specialisti nelle nuove forme organizzative AFT e UCCP.

Questo segnale di grande disponibilità e senso del bene comune del SUMAI Assoprof però purtroppo non è stato colto appieno né dal Governo né dalle Regioni le quali avrebbero avuto ulteriori 6 mesi di tempo per disciplinare, con gli Accordi Integrativi Regionali, queste forme organizzative. Ma ancora una volta non si è visto nulla o quasi.

Riorganizzare la sanità territoriale

Oggi appare più che mai necessario, anzi urgente, riorganizzare la sanità territoriale all'interno della quale gli specialisti ambulatoriali del SUMAI Assoprof possono già esercitare, insieme alle altre categorie, il proprio ruolo partecipando, come previsto dalle norme di legge, dalla gestione della presa in carico specialistica dei cronici in un lavoro che sia di equipe mono-professionale e multi-disciplinare ma anche in squadra multi-professionale con gli altri attori territoriali e l'ospedale.

Ruolo questo, prima delle Regioni, già ampiamente riconosciuto proprio dai cittadini come chiaramente dimostrato dal recente rapporto presentato da Cittadinanza Attiva sulla sanità territoriale dove, dalle interviste somministrate ai pazienti, emerge che la comunicazione della diagnosi e della terapia della loro malattia cronica è stata fatta *"per l'85% dai medici specialisti (con rapporto 2 a 1 fra 'sumaisti' e ospedalieri) e solo per il 15% dai medici di assistenza primaria"*.

Per noi del SUMAI Assoprof il risultato del rapporto di Cittadinanza Attiva non è stato certo una sorpresa poiché, quotidianamente, da sempre siamo il primo riferimento specialistico per la popolazione con cronicità in particolare gli anziani e gli anziani fragili.

Tra l'altro, tranne in due Regioni, il Paziente può scegliersi il proprio specialista ambulatoriale di fiducia e prenotarsi con questo sia per la prima visita, che per i controlli successivi instaurando così quell'indispensabile rapporto fiduciario in analogia a quanto succede con il Medico di Medicina Generale e con lo Specialista Pediatra di Libera Scelta, ma non con l'ospedale in quanto organizzato per altre funzioni che sono di ricovero e cura delle acuzie.

In questi ultimi anni, però, l'assenza ingiustificata di un naturale *turnover* della specialistica ambulatoriale e il nuovo "utilizzo" dello specialista oltre che nel territorio, suo luogo naturale di operatività, anche in ospedale, con attività prettamente ospedaliera (utilizzo proposto, voluto e attuato dalle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere ed Universitarie, per risolvere il blocco delle assunzioni e la carenza di medici ospedalieri) ha di fatto, a parità della già scarse risorse a disposizione, depauperato il territorio di circa 1/3 delle ore di specialistica ambulatoriale. Questo però se da un lato ha arricchito di presenze specialistiche l'ospedale e devo dire, a consuntivo, con successo; dall'altro lato però ha alimentato ulteriormente le liste di attesa sul territorio e ha fatto sì che molti cittadini, proprio a causa della lunghezza di queste, trovassero attraverso l'uso improprio dei Pronto Soccorso, l'accesso alle cure specialistiche bypassando così il CUP ma intasando inevitabilmente i Presidi ospedalieri.

È vero, concordo con i miei colleghi della MMG, gli accessi impropri al Pronto Soccorso non sono dovuti dai Medici di Medicina Generale ma sicuramente da molti fattori, tra cui, una sempre più ridotta offerta specialistica ambulatoriale nel territorio ma anche, in un momento di crisi, da una partecipazione alla spesa da parte del cittadino molto alta.

Ebbene quale è invece la ricetta che ci viene proposta?

Siamo di fronte ad un'inesorabile riduzione di medici di medicina generale - situazione riassunta brillantemente con un filmato, presentato nel corso del recente congresso FIMMG, che ricorda il famoso giochetto "Pac man" - per cui, entro il 2027, i medici in pensione saranno 35.224 con 5.080 studi chiusi e conseguenti 15.242 milioni di cittadini senza MMG. Giochetto questo che si può applicare anche per gli specialisti ambulatoriali territoriali e gli specialisti ospedalieri.

Quindi, in un simile contesto, la proposta del "Ruolo centrale della MMG" è una ricetta che giustamente agita sia Silvestro Scotti (Segretario Generale FIMMG), che Angelo Testa (Segretario Generale dello SNAMI) in quanto la medicina generale si vede attribuire, in un momento di crisi economica e di scarse risorse umane, oltre alle funzioni attuali, ulteriori funzioni e responsabilità come l'assistenza H12 (che con il ruolo unico diventa H24), la piena presa in carico del Paziente sia cronico, ma anche acuto, specialmente dopo la dimissione dall'ospedale, con la conseguente necessità di assistenza domiciliare o nelle strutture intermedie.

Infatti il Segretario Generale della FIMMG, lo ribadisce nella sua relazione all'ultimo congresso, *"il medico di famiglia non può essere lasciato da solo, deve poter contare*

su una rete specialistica ambulatoriale ed ospedaliera (...) è chiaro che vanno ricercati nuovi meccanismi di regolazione e, in questo senso, anche il paziente va rieducato a risposte affrontabili nel setting delle cure primarie generaliste coordinate e integrate con quelle di area specialistica”.

Secondo il SUMAI Assoprof per riequilibrare la situazione e recuperare l'attività specialistica territoriale bisogna approntare, con urgenza, i giusti correttivi partendo sicuramente dalla reintegrazione delle risorse economiche e umane, sinora distratte dal territorio e stornate verso l'ospedale, e usare quelle non ancora utilizzate e messe in *stand by* o distratte nella varie aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere.

Operazione, questa, che se ben gestita e regolata potrà trasformarsi in risorsa e in una sicura opportunità in modo da attuare quell'integrazione territorio-ospedale-territorio indispensabile per il successo della riforma e della sostenibilità del SSN.

Piano Nazionale della Cronicità

Basterebbe applicare quanto espressamente previsto dal Piano Nazionale della Cronicità (PNC).

Bisogna creare delle vere equipe territoriali con tutti gli attori che vi operano in armonia, nessuno escluso, ognuno con pari dignità e specificità ricoprendo il proprio ruolo.

Gran parte delle Regioni, però, in aperto contrasto con gli stessi principi del Decreto Balduzzi e del Piano Nazionale della Cronicità (e a volte in contrapposizione con quanto fatto anche da altre Regioni), hanno presentato “un proprio modello” spacciato spesso come più performante rispetto a quello delle altre, come a cercare una “supremazia campanilistica” senza pensare minimamente che il modello organizzativo proposto dovrebbe rivolgersi a tutti i cittadini Italiani e non solo ai residenti della propria Regione poiché i cittadini chiedono a gran voce procedure uniformi di accesso alle cure e ai servizi, con le stesse regole e modalità di interfaccia ed efficacia e con meno burocrazia da Bolzano a Lampedusa.

Eccessivo carico burocratico

Sulla componente sanitaria, inoltre, specie quella medica convenzionata e dipendente nel SSN si scarica un'eccessiva attività burocratica che finisce per ridurre il tempo che il medico, sempre più spesso lasciato da solo durante la propria attività, dedica alla comunicazione con il paziente.

Con la scusa dell'informatizzazione, infatti, la macchina burocratica ha impropriamente scaricato proprio sul medico adempimenti che non sono di sua competenza (sto parlando di *registrare, prenotare, relazionare, accettare, controllare, verificare, contabilizzare, liquidare, autorizzare, comunicare, presentare statistiche ecc.*) che si aggiungono a quelli invece specifici della professione come (*raccogliere l'anamnesi, compilare cartelle cliniche anche informatizzate, aggiornare il Fascicolo Sanitario Elettronico, ottenere il consenso informato dal Paziente, ricettare e certificare elettronicamente, compilare piani di trattamento e piani terapeutici, refertare esami diagnostici*) per dedicare infine l'esiguo tempo rimasto a disposizione al Paziente: fare una corretta diagnosi, comunicargliela, illustrargli il piano di cura o motivando ulteriori accertamenti necessari, il tutto cercando di stabilire anche un rapporto di fiducia ed empatico con quest'ultimo.

Nient'altro!

Bisognerà vedere come tutto questo poi si potrà combinare con quanto previsto dalla legge 24 del 2017 (Gelli-Bianco, sulla Responsabilità Professionale), e come sarà possibile applicare le linee guida e le buone pratiche che raccomandano per prima cosa proprio il giusto tempo di cura e di comunicazione.

La follia del tempario prestazionale

A questo punto non posso non ricordare il tentativo di imporre, tramite decreto o delibera, l'applicazione di tempari prestazionali che riducono ulteriormente il tempo di visita e, di fatto, affermano indirettamente l'esistenza di un'insufficiente offerta specialistica. Con questo tentativo si vuole ridurre il servizio sanitario a una gara tra chi visita più pazienti nel minor tempo possibile.

È evidente che l'operazione è del tutto inaccettabile e non ha nulla a che vedere con la riduzione delle liste d'attesa, andando solo a discapito della qualità dell'atto medico e quindi dei cittadini.

Troviamo irriguardoso verso un paziente, che magari ha prenotato mesi prima e ha atteso a lungo una visita, dover sperare di eseguire la visita specialistica o l'esame diagnostico in maniera adeguata entro l'esiguo *timing* previsto. È umiliante sia per la professione medica che per i diritti del malato.

Dietro la riduzione dei tempi di esecuzione di una visita medica, attraverso la riduzione di offerta di ore di specialistica, si intravede anche la volontà di ridurre l'erogazione diretta di prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie, prevedendone, in alternativa, il più comodo acquisto presso gruppi privati, a scopo di lucro, per i quali il metodo "Tersilli", di "Sordiana" memoria, sarebbe certamente il non plus ultra.

Non si spiegherebbe, altrimenti, come mai in alcune Regioni o meglio in alcune ASL, fortunatamente non in tutte, è d'uso comune la mancata riassegnazione delle ore di specialistica ambulatoriale (resesi disponibili con l'andata in quiescenza degli specialisti titolari) agli aventi diritto e ai medici da tempo in graduatoria. Ore queste che essendo già finanziate e in bilancio andrebbero utilizzate e finalizzate alla riduzione delle liste invece che perse.

Sta tornando il Dott. Tersilli?

Ebbene sì, meno offerta-ore di specialistica ambulatoriale all'interno della struttura pubblica e più dottor Tersilli. Ecco la soluzione che adesso viene spacciata come economica per ridurre le liste di attesa.

Ovvero "l'esternalizzazione", oggi mascherata con il termine più delicato, ma più commerciale di "committenza" e con lo scopo dichiarato di non erogare più direttamente prestazioni specialistiche, ma di acquistarle invece proprio dal "Dott. Tersilli", ormai diventato S.r.l., e quindi esente da provvedimenti disciplinari da parte degli organi ausiliari dello Stato a tutela del cittadino, cioè gli ordini professionali, aumentandone il costo nonostante le scarse risorse disponibili. Eppure bisogna ricordare, ancora una volta, che la specialistica ambulatoriale a diretta gestione nacque proprio per far risparmiare gli Enti mutualistici erogando direttamente le prestazioni specialistiche senza esternalizzarle.

Ma facciamo due conti: oggi uno specialista ambulatoriale, ad esempio radiologo, con un turno di 5 ore di ecografia ipotizziamo dalle 8:00 alle 13:00, con un appuntamento agenda medio di 30 minuti ad ecografia e una agenda costituita da 2 eco addomi completi, 3 eco addomi superiori, 2 eco mammelle, 2 eco tiroide, 1 eco scro-

tale, esegue queste prestazioni ad un costo complessivo, comprensivo di tutti gli oneri accessori, di 158,30 euro contro un costo di committenza, a tariffa complessiva da nomenclatore, di 412,15 euro da pagare per le stesse prestazioni al Dott. Tersilli S.r.l. cioè maggiore di 253,85 euro. Quindi più di 2 volte e mezzo superiore se eseguito direttamente.

Attendiamo smentite che dimostrino che quanto detto non sia vero.

Inoltre tutto ciò naturalmente non garantisce al cittadino/utente che le prestazioni specialistiche "acquistate in committenza" siano poi effettivamente svolte da medici con le giuste capacità, in possesso del titolo di specializzazione e non piuttosto dal "figlio del Dott. Tersilli", magari neanche specialista, o da altro medico vergognosamente sottopagato con apparecchiature non adeguate e in tempi "Tersilliani" per poter abbassare il più possibile i costi di produzione.

Qualcuno potrebbe obiettare che "si può garantire il processo eseguendo i necessari controlli" ma, come sappiamo, i controlli per mancanza di personale generalmente vengono fatti "dopo" e a "campione". Alle volte semplicemente neanche si fanno.

Invece di rinunciare all'erogazione di prestazioni sanitarie, che sono l'anima di un SSN e l'essenza stessa di una Azienda Sanitaria per appaltarle a terzi, proponiamo di ridurre i costi improduttivi della burocrazia e di verificare quanto il personale burocratico amministrativo, così decisamente pleotorico, effettivamente produca in termini di salute e risorse sottratte alla Sanità.

Nei poliambulatori delle ASL, nei Pronto Soccorso, negli ospedali, i Pazienti vogliono trovare medici in grado di assisterli, curarli e possibilmente guarirli. Non cercano la burocrazia che esaspera prima loro e poi gli stessi operatori sanitari.

Spesso il Paziente, dopo essere passato dagli uffici amministrativi e dopo pratiche estenuanti ad "empatia 0" per la rabbia se la prende con l'ultima persona della filiera a sua disposizione: il medico.

Non di rado gli atti di violenza sugli operatori sanitari, spesso lasciati soli nella sala visita, nascono proprio da queste cose in contrasto con le linee guida emanate dal Ministero della Salute. Ne sanno qualcosa i sanitari aggrediti e gli operatori dedicati ad attività di risk management.

Che fine ha fatto la Raccomandazione n. 8 del novembre 2007 del Ministero della Salute "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" che prevede ad esempio di assicurare sempre la presenza, all'atto di una

visita o di un esame diagnostico, di due figure professionali (ad esempio, medico e infermiere) e prevedere, in caso di necessità, la presenza di un mediatore culturale?

Come meravigliarci o indignarci oggi, nel vedere medici durante la loro attività professionale essere vittime di violenza quando prima si scrivono le norme e poi non le si applicano?

Quelle che vediamo oggi sono le solite italiche lacrime di cocodrillo!

Prima con i terremoti crollano paesi interi e poi si ci accorge, dopo e solo dopo, che non sono stati costruiti a regola d'arte. Dove era il controllore?

Le nuove forme organizzative

Da molto tempo ripetiamo che non basta spostare sul territorio i servizi ma occorre operare un cambio di paradigma che costituisca una vera *Community Care*.

Abbiamo sempre sottolineato la necessità di una vera e propria organizzazione territoriale attivando le nuove forme organizzative della specialistica ambulatoriale previste e armonizzate con quelle della MMG e della PLS così come usciranno dai nuovi ACN in via di definizione.

In gran parte tutto è già stato scritto e parzialmente normato sia nel Piano Nazionale della Cronicità (PNC) che nell'ACN vigente. Nonostante ciò ci vengono presentati atti aziendali tecnicamente definiti a "canne d'organo" con i Dipartimenti ospedalieri presenti nel territorio ma senza AFT e UCCP, approvati anche da quelle Regioni che, tra l'altro, le hanno fortemente volute nell'atto di indirizzo e che invece non le hanno previste negli atti aziendali prevedendo invece i dipartimenti ospedalieri nel territorio.

Come dicevamo il Piano Nazionale della Cronicità stabilisce che l'ospedale faccia l'ospedale, si organizzi al proprio interno per gestire le acuzie che richiedono il ricovero trasformandosi in strutture di eccellenza. Il territorio faccia il territorio e si attrezzi per garantire la prevenzione, la medicina d'iniziativa, tutte le attività ambulatoriali specialistiche prestazionali e di presa in carico delle cronicità (PDTA), le consulenziali, la diagnostica di 1° livello, la presa in carico e la gestione anche delle acuzie che però non richiedano il ricovero, l'accoglienza dei Pazienti dopo la dimissione dall'ospedale, le cure a domicilio o presso strutture intermedie, la telemedicina, l'assistenza socio-sanitaria.

Di lavoro ce n'è tanto e ce n'è per tutti, però va organizzato. Ognuno deve agire secondo le proprie specificità e capacità, lavorando in equipe, seguendo le regole del gioco di squadra, rispettando quindi i ruoli.

La Specialistica Ambulatoriale è pronta. Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce oggi uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni (epidemiologica, demografica e sociale), che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni portando ad un cambiamento strutturale e organizzativo.

In quest'ottica si pone la legge n. 135/2012 che ha previsto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri a un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti.

Ciò rende necessario potenziare le formule alternative al ricovero e valorizzare la rete specialistica ambulatoriale, in un quadro di differenziazione di livelli erogativi articolati sulla base dell'effettivo potenziale di gestione della complessità.

L'ospedale va quindi concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multi-specialistiche dedicate e "dimissioni assistite" finalizzate a ridurre il *drop-out* dalla rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazione a breve termine, e di *outcome* negativi nei pazienti con cronicità.

Lo specialista convenzionato interno, in quanto operante sia sul territorio che in ospedale, da oltre 50 anni è la figura indispensabile per la presa in carico specialistica del Paziente, sia esso acuto o cronico e per l'integrazione tra il territorio e l'ospedale.

Alla luce del nuovo contesto assistenziale che vede l'ospedale come luogo principale per le acuzie e il territorio come luogo in grado di dare risposte assistenziali, il nuovo modello organizzativo territorio-ospedale deve avere una duplice valenza: favorire l'integrazione territorio - ospedale in una prospettiva multi-disciplinare; contrastare il fenomeno dei ricoveri ripetuti, contenendo inefficienze in termini di spese e costi elevati rivolgendosi in particolare ai "soggetti-fragili" quindi ai soggetti anziani "complessi" portatori di poli-patologie cronico-degenerative e/o non autosufficienti.

La proposta del SUMAI

Il SUMAI si sente di proporre che il paziente venga preso in carico sul territorio anche in fase acuta nel caso di un previsto ricovero (dove viene precocemente valutato da una equipe composta dal MMG, dallo specialista ambulatoriale e dall'infermiere) entro le 24 ore prima dell'ammissione alla degenza e poi in ospedale dallo specialista e l'infermiere ospedaliero, che lo prenderanno poi in carico per identificarne il possibile fabbisogno assistenziale nella fase post-acuta di dimissione.

Al termine della valutazione si procede alla definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) che contiene:

- le caratteristiche del *setting* assistenziale (domiciliare, residenziale etc.);
- l'eventuale redazione della documentazione necessaria per la richiesta di ausili e/o protesi;
- il programma di formazione-addestramento per i familiari e i *caregiver*.

Elemento imprescindibile: l'attivazione di percorsi clinico-assistenziali per la fase post-acuta di carattere domiciliare (ADI), in strutture residenziali o semiresidenziali (RSA, Centri diurni Alzheimer con letti sollievo etc.) e di Assistenza Domiciliare Ospedaliera (ADO).

Per questo andranno realizzati accordi con l'Azienda Territoriale, strutture pubbliche e private, Comunali e Regionali per l'inserimento del paziente nel *setting* individuato mentre è affidata al personale territoriale la pianificazione del contatto con gli uffici competenti e il supporto del paziente e dei familiari nel percorso assistenziale, garantendo tutte le soluzioni alternative alla permanenza in ospedale.

Per gli anziani fragili va realizzata una rete di servizi di collegamento tra ospedali e territorio coordinata da apposite figure professionali specializzate (Specialista e *case manager*) per la valutazione della modalità di intervento più adeguata a rispondere al bisogno di salute della persona che, giunta in Pronto Soccorso, viene individuata al *triage* e gestita su un percorso dedicato, di immediata attivazione, per la definizione del *setting* assistenziale più appropriato.

Per facilitare i percorsi assistenziali di integrazione ospedale-territorio, bisogna sfruttare le tecnologie informatiche a disposizione per effettuare il monitoraggio e le conseguenti valutazioni clinico assistenziali dei pazienti attraverso la realizzazione di un network di telecomunicazioni che vede coinvolti paziente, MMG, specialista territoriale e ospedale.

cessario. Bisognerà trovare il giusto equilibrio tra l'obbligo per il sanitario ad assicurarsi per colpa grave e la mancata obbligatorietà dell'assicurazione a coprire il sanitario e la struttura sanitaria. Tutto è ancora fermo in attesa dei decreti attuativi.

Altra battaglia di civiltà sempre voluta e vinta dal Ministro della Salute Lorenzin è quella della conversione del Decreto legge 73 del 7 giugno 2017 ***"Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale"***.

Un vero provvedimento di sanità pubblica dopo quello del divieto di fumare nei locali pubblici.

Come è possibile essere contrari ai vaccini?

Sicuramente andranno riviste alcune cose ma il principio della vaccinazione obbligatoria è condivisibile, scientificamente valido, basato su evidenze e permette di evitare, specie in un'epoca caratterizzata da forte immigrazione come in Italia, il riaffacciarsi di gravi malattie che oramai credevamo definitivamente debellate.

Il rinnovo dei contratti e delle convenzioni

Partiamo dalla passata legge di stabilità che ha portato ad un finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale a cui concorre lo Stato rideterminandolo per il 2017 a 113 miliardi di euro, che salgono a 114 nel 2018 e a 115 nel 2019.

Solo dopo un deciso intervento dei sindacati (compreso il SUMAI che sono stati ricevuti dal Ministro), c'è stato l'impegno dell' On. Beatrice Lorenzin a presentare l'emendamento in finanziaria per la copertura degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali e del personale dipendente e convenzionato del SSN, per i quali è stata prevista una quota vincolata a carico del Fondo sanitario nazionale.

Dulcis in fundo FIMMG, SUMAI e FIMP, dopo una comune e dura battaglia (che ha visto le tre sigle unite dimostrando ancora una volta, se ce ne fosse ancora bisogno, che l'unità dei medici sindacale o professionale che sia, porta a successi e benefici comuni), hanno ottenuto la riscrittura dell'atto d'indirizzo per la medicina convenzionata dopo segreterie nazionali congiunte, con il supporto e la presenza anche degli amici di CittadinanzAttiva Tribunale del Malato. Inoltre, tra giugno e luglio, sono

da registrare una serie di incontri, formali e informali, individuali e congiunti, con il Ministro Lorenzin, con il Direttore Generale di AGENAS, Francesco Bevere, con il Comitato di Settore delle Regioni presieduto da Massimo Garavaglia, con la Commissione Salute presieduta da Antonio Saitta e per ultimo con la Conferenza Stato Regioni Presieduta da Stefano Bonaccini.

In tutte queste occasioni si è creato, tra la parte pubblica e le tre organizzazioni sindacali, un favorevole clima di dialogo che ha determinato l'accoglimento delle giuste richieste e l'apertura condivisa di confronto politico costante tra le nostre Organizzazioni Sindacali e le massime rappresentanze delle Regioni sui temi da affrontare sia negli Accordi collettivi nazionali, ma anche per condividere un nuovo modello di relazioni che cerchi di conciliare le esigenze delle categorie con quelle delle amministrazioni regionali. Una sorta di unità di crisi che permetta di affrontare gli impegni dei prossimi mesi con particolare riferimento alla prossima legge finanziaria e conseguentemente al FSN, cominciando da approfondimenti ulteriori sul Piano Nazionale della Cronicità (PNC).

Su questi temi il SUMAI Assoprof, insieme alle altre organizzazioni sindacali della medicina convenzionata FIMMG e FIMP, ritiene necessario mantenere attivi i propositi di previste e programmate azioni sindacali, in attesa di tutte le verifiche necessarie partendo dal superamento della bozza precedentemente proposta per l'ACN e la riapertura del tavolo delle trattative per il rinnovo anche economico delle convenzioni ormai fermi da 8 anni.

Su questo punto il nostro auspicio è che le assicurazioni, che a più riprese ci ha fornito l'On Ministro Lorenzin sulla definitiva copertura finanziaria dei contratti e delle convenzioni in fase attuale di trattativa, si trasformino effettivamente in realtà e che quindi si possano firmare le nuove Convenzioni con la copertura del relativo rinnovo economico entro il 2017.

Dalle parole è necessario passare ai fatti e in passato è stato proprio questo il problema maggiore. Bisogna vedere se c'è davvero la volontà di superare lo scoglio del blocco del *turnover*, per ritornare al pieno utilizzo delle ore di specialistica ambulatoriale con la riapertura delle convenzioni ai giovani medici che, nel frattempo, dopo attese decennali, si sono invecchiati all'interno delle graduatorie, per arrivare a una auspicata nuova stagione di rinascita del nostro SSN.

Per quanto riguarda le scarse risorse economiche, destinate dopo 8 anni al rinnovo economico del contratto, abbiamo visto come ai 300 milioni stanziati per tutta la

pubblica amministrazione nel 2016 è stato aggiunto (con il DPCM 27 febbraio 2017 dopo che il MEF ha richiesto alle regioni accantonamenti per "rinnovo convenzioni"), lo 0,36% per il 2016, l'1,09% per il 2017 e l'1,45% per il 2018 del "monte salari", al netto della spesa per indennità di vacanza contrattuale nei valori vigenti al decorrere dall'anno 2010 pari allo 0,75%, maggiorato degli oneri previdenziali e dell'IRAP.

Dopo 8 anni nel corso dei quali abbiamo garantito sulla nostra pelle, con responsabilità, senso del dovere ed amore della professione, il sopravvivere del SSN, il SUMAI Assoprof, si sarebbe aspettato per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni, oltre ad una più adeguata remunerazione, anche le risorse necessarie per lo sblocco del *turnover* che in questi anni ha visto la mancata sostituzione di chi è andato in quiescenza e ha comportato l'inevitabile invecchiamento dei medici in servizio, con l'impoverimento della cultura medica, sul territorio ed in ospedale, per il mancato trasferimento del *know-how* ai più giovani. I quali, rimasti in attesa fuori dal sistema spesso riempiono le graduatorie diventando sempre più vecchi e ricoprendo, saltuariamente, incarichi precari, a tempo determinato, che non gli permettono certo di costruirsi un proprio futuro.

Il SUMAI Assoprof si sarebbe aspettato risorse per coprire la carenza o meglio, molto spesso, la mancanza di investimenti sul territorio finalizzati all'applicazione di quei modelli di gestione della sanità territoriale (AFT - UCCP - FSE), nella maggioranza dei casi mai partiti e per i quali, da 8 anni, le Regioni hanno contrattualmente previsto l'obbligatorietà a parteciparvi prevedendo l'applicazione addirittura di penali o peggio ancora la possibile perdita della convenzione.

Il SUMAI Assoprof si sarebbe aspettato risorse finalizzate a migliorare la pessima qualità del lavoro e gli ambienti dove si svolge che ci hanno portato purtroppo anche a vedere episodi di violenza sugli operatori sanitari che tutti conoscete e di cui le cronache, ultimamente, sono piene.

Ultimo ma non ultimo il mancato ristoro economico, fermo da ben 8 anni, che ha visto perdere fortemente il potere d'acquisto per norme legislative, fiscali, previdenziali. Il medico di famiglia, lo specialista ambulatoriale ma anche il medico ospedaliero nei piccoli centri di provincia vivono di questo, partendo proprio dalla scelta che fa il paziente nei suoi confronti e della fiducia che ha di quel medico quando lo sceglie per farsi curare.

Ristoro economico in parte legato ad una quota variabile dello stipendio che non

tutte le Regioni applicano ed erogano in modo pieno ed uniforme. Ristoro economico che si perde nei capitoli di bilancio senza venir utilizzato per mancanza di regole certe, interpretate in modo difforme dalla burocrazia amministrativa, regole che andrebbero scritte a livello nazionale in modo chiaro e facilmente applicabili nelle Aziende Sanitarie.

L'attività del sindacato

Sul fronte sindacale, dopo la prematura scomparsa, lo scorso anno, del nostro amato Roberto Lala, per il SUMAI Assoprof è stato un anno intenso iniziato subito con una dimostrazione di unità, compattezza e forza: a Rende (CS), nel corso del 49° Congresso Nazionale, dopo le procedure elettorali previste da statuto si è svolta una segreteria nazionale unitaria con la nomina del nuovo Segretario Generale, avvenuta per acclamazione, nel senso della continuità del lavoro di equipe.

Devo a tale proposito ringraziare tutti i componenti della segreteria nazionale, i segretari Regionali e Provinciali per il grande impegno profuso in quest'anno pieno di azione ed in particolare da parte dei componenti del Centro Studi e della Scuola di Formazione Sindacale e della Delegazione Trattante per l'imponente lavoro svolto.

Come detto abbiamo dato vita insieme a FIMMG e FIMP ad un'alleanza all'interno dell'area convenzionata inaugurando una stagione di lotta unitaria che è già sfociata nella riscrittura dell'Atto di indirizzo.

In APM (Alleanza per la Professione Medica) il SUMAI, insieme alle altre organizzazioni sindacali della convenzionata e della dirigenza operanti nel settore pubblico e privato accreditato, sta portando avanti un grande lavoro congiunto a salvaguardia dell'indipendenza della professione medica che oggi è sotto attacco e che ha bisogno di affermare sempre più il suo ruolo centrale nella sanità italiana.

Abbiamo lottato contro l'arroganza della burocrazia e insieme alla FNOMCEO, nel corso del Consiglio Nazionale degli Ordini dei medici svoltosi a metà luglio a Siena, attraverso i nostri rappresentanti negli ordini professionali abbiamo presentato una mozione approvata all'unanimità per respingere al mittente il tentativo di temporizzare l'atto medico per decreto che prevedeva di organizzare agende in tempi troppo esigui e pericolosi per la salute del paziente. Posizione questa, condivisa successivamente dalla maggioranza delle Regioni.

Quello appena trascorso è stato un anno in cui abbiamo anche messo al centro del programma "la comunicazione" rinnovando dal punto di vista della grafica e dei contenuti il nostro storico organo d'informazione, Medical Network; messo a punto l'APP SUMAI; fino all'assoluta novità della newsletter "Sumainforma" con notizie dal mondo SUMAI, inviata agli iscritti, alle istituzioni e alla stampa di settore.

Abbiamo infine riorganizzato la struttura dell'ufficio stampa con il nuovo responsabile, Stefano Simoni, in modo da offrire, a tutti gli iscritti, la più ampia informazione possibile sulle attività del nostro sindacato.

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

Ebbene, il valore di questa nostra adesione sta qui, nel far percepire al Paese quanto possiamo e vogliamo dare per la sua crescita e il suo sviluppo armonico. Inoltre abbiamo avviato le procedure per rappresentare come SUMAI Assoprof i medici specialisti convenzionati e i medici fiscali operanti nell'INPS con lo scopo di dare loro un contratto di lavoro che preveda le normali tutele presenti nel nostro ACN.

Anche sul fronte della Formazione è stato un anno importante.

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

Per quanto riguarda i servizi agli iscritti, dopo la mia entrata nel C.d.A. dell'ENPAM e in accordo con la Fondazione abbiamo organizzato, e apriremo da novembre prossimo uno "sportello previdenza ed assistenza", presso la nostra sede e sul sito Na-

zionale, dedicato agli iscritti con la possibilità di avere consulenze su tutte le pratiche riguardanti la Fondazione ENPAM e seguendone anche l'iter passo dopo passo, sino alla loro definizione.

Stessa iniziativa si vuole attivare per le altre casse previdenziali dei Medici Veterinari, Biologi, Psicologi e Chimici.

Abbiamo intenzione di aprire un ulteriore sportello "Legale ed Assicurativo" presso la nostra sede e sul sito Nazionale.

È inoltre stato approvato dalla Segreteria Nazionale un "Ufficio Legale SUMAI Nazionale" in collaborazione con Area Sanità e che coordinerà l'intera attività dei contenziosi legali in tutta Italia e l'Assistenza legale per tutti gli iscritti e per conto del SUMAI.

Sempre, durante questo congresso discuteremo sull'opportunità di una assicurazione per colpa grave resa obbligatoria per tutti gli specialisti ambulatoriali dalla legge 24/2017 ed espressamente dedicata e riservata ai medici SUMAI.

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

I giovani

Infine vorrei rappresentare il nostro impegno sul fronte "giovani". È la nostra preoccupazione maggiore per il futuro. Questi colleghi non possono essere tenuti ai margini del processo di cambiamento.

Abbiamo già pensato un percorso a livello nazionale che integrerà un gruppo di specialisti, con esperienze sul campo, con programmi e corsi di formazione a partire dai primi mesi del 2018, ma è chiaro che il cambio di passo dovrà coinvolgere tutto il SUMAI e citando il compianto e fraterno amico Roberto Lala "il ricambio generazionale deve interessare il SUMAI non solo a livello nazionale ma in ogni sua articolazione da Nord a Sud, Isole comprese".

Se chi va in pensione non verrà sostituito con l'ingresso di nuovi specialisti assisteremo ad una tale carenza di specialisti, tra convenzionati e dipendenti, da determinare il fallimento della presa in carico dei cronici, dei PDTA, dell'integrazione territorio-ospedale e di tutto il Servizio sanitario nazionale pubblico. Senza con-

tare il contemporaneo pensionamento di gran parte dei medici di medicina generale che, nel caso di un perdurare dell'attuale immobilismo, seppellirà per sempre il SSN.

Come prima iniziativa, in attesa dell'ormai non più rinviabile riapertura del naturale *turnover*, il SUMAI Assoprof propone alle Regioni e alle Aziende Sanitarie, senza aggravio di spesa, di ricoprire immediatamente i turni resisi vacanti principalmente in quelle branche che oggi risultano carenti, rispetto al fabbisogno, ed avviare così il processo di presa in carico mediante la pronta attivazione dei PDTA per coprire la necessaria attività di tipo prestazionale, riducendo così le liste di attesa.

Il tutto ad isorisorse, in quanto uno specialista convenzionato che va in quiescenza ha un costo medio orario superiore del 40-50% rispetto ad un giovane neo-assunto, pertanto con il costo di 38 ore di uno specialista che oggi va in pensione si possono attivare, con la stessa copertura economica, circa 60 ore di specialistica assumendo un giovane specialista.

Convertire le ore di branche pletoriche in ore di branche carenti pubblicandole, quando queste si siano rese vacanti, attivando nuovi turni di specialistica ambulatoriale interna per i medici in graduatoria o utilizzando l'art.18 comma 1 dell'ACN per il completamento orario in unica azienda per chi è già in servizio a tempo indeterminato.

Trasformare tutti i tempi determinati, che hanno un maggior costo e già consolidati in bilancio, in tempi indeterminati con un risparmio di risorse economiche di oltre il 35% riutilizzabili per attivare ulteriori ore nelle branche carenti e necessarie.

Modificare l'utilizzo di eventuali risorse economiche stanziare dalle Regioni per progetti di pochi mesi finalizzati a "controllare o abbattere le liste di attesa" che, se venissero utilizzate ai sensi dell'ACN/2015, garantirebbero migliori risultati con copertura specialistica per tempi molto più lunghi (anni), e con investimenti compatibili sia per i bilanci delle Regioni in piano di rientro, che per le Regioni considerate "virtuose".

Quanto appena proposto è perfettamente in linea con le risorse già utilizzate e previste in bilancio senza quindi alcun aggravio di spesa.

È una questione di volontà politica, di reale volontà di salvaguardare e mantenere, nel nostro Paese, il SSN e, sul territorio, la vera assistenza specialistica. Con forma-

zione adeguata e diploma universitario aggiornato di continuo invece di utilizzare pericolose formule alternative di specialistica cosiddetta "vocazionale" fatta da non specialisti o da specialisti poco o non più praticanti.

Conclusioni

Siamo partiti con il ricordare il I° Congresso SUMAI di Fiuggi del 1969 quando il sistema assistenziale-sanitario era basato sulla presenza di numerosi "enti mutualistici" o "casce mutue" quando cioè il diritto alla tutela della salute era quindi correlato non all'essere cittadino ma all'essere lavoratore (o un suo familiare) con i conseguenti casi di mancata copertura.

Grazie "ad una pattuglia" di Direttori Generali, fortunatamente non tutti, preparati prima e nominati dopo allo scopo, si è nuovamente ridotto l'accesso alle cure, specie per i soggetti più fragili, grazie ad una minore offerta di servizi ospedalieri e territoriali di specialistica ambulatoriale associati a un minor finanziamento del SSN, con l'alibi dalla spending review, che ha reso sempre più difficile l'accesso ai servizi.

Infatti il 20,1% degli cittadini è costretto oggi a rinunciare alle cure (circa 12 milioni e 200 mila italiani) facendo esplodere la spesa sanitaria privata arrivata a 36 miliardi con differenze abissali tra Nord e Sud.

La spesa per la prevenzione oggi è una sconosciuta.

Tutto questo mentre l'Italia spende per la salute il 32,5% (anche grazie al blocco dei contratti e delle convenzioni) in meno rispetto all'Europa occidentale.

No, non chiamatela equità e tanto meno universalismo. La foto di gruppo del Servizio sanitario nazionale, delle cure sempre meno sotto l'ombrello dello Stato, ci consegna un sistema che rischia di lacerarsi. Con sperequazioni sempre più evidenti e pericolose.

Adesso addirittura c'è chi vuole convincerci del fatto che i cittadini che spendono per l'assistenza sanitaria di tasca propria (solo chi può) siano una grande opportunità per il SSN.

Insomma si vuole ritornare a 37 anni fa con un sistema mutualistico e con i fondi sanitari integrativi voluti fortemente e sponsorizzati da alcuni gruppi economici che, con le loro "Università", hanno formato, come ho già detto, gran parte dei Direttori

Generali oggi a capo di numerose Aziende Sanitarie.

Forse si sarebbe dovuto pensare di più alle incompatibilità dei Direttori Generali, per conflitto d'interessi, che a quelle dei medici.

Invece di andare avanti si torna quindi indietro e la lezione del passato non sembra sia servita a nulla.

Ma siamo forse ancora in tempo!

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. 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 sistema di cure gratuito ed universale, un servizio sanitario per tutti.

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

Chiediamo quindi alle Istituzioni al Governo e alle Regioni quale organizzazione sanitaria hanno scelto per gli Italiani: il SSN o un altro come quello complementare, integrativo, sostitutivo o addirittura primario basato su fondi e/o assicurazioni che già sappiamo escluderebbero i più deboli, gli anziani, i malati cronici, gli oncologici, i malati terminali.

Dovete avere il coraggio e il dovere di dircelo con chiarezza.

Se la vostra scelta è il SSN allora mettamoci subito al lavoro, insieme: Istituzioni, Organizzazioni Sindacali, Associazioni dei malati e dei cittadini.

L'intenzione del SUMAI Assoprof è chiara, puntare sul SSN e sui giovani per il suo rilancio.

L'occasione che si prospetta nel rinnovare la Convenzione è anche quella di puntare su una vera riorganizzazione del territorio avendo come riferimento il Piano Nazionale delle Cronicità, valorizzando tutte le figure professionali che vi operano.

Oggi celebriamo il 50° Congresso del SUMAI Assoprof, possiamo definirlo, scusate il bisticcio di parole: il vero, "unico" "sindacato unico della medicina specialistica ambulatoriale e professionalità dell'area sanitaria. Unico per la sua lunga storia. Unico per l'unicità del suo contratto ideato dal nostro fondatore Eolo Parodi e che con qualche modifica è arrivato fino ai giorni nostri.

Insomma l'originale e per questo conosciuto e nominato da tutti come "il Contratto SUMAI" e noi specialisti convenzionati interni come "Sumaisti".

Ci attende un futuro molto complesso e difficile perché si ha la percezione di navigare "a vista" senza un vero progetto che sia in grado di individuare i reali bisogni di salute e di assicurare, ai cittadini, gli stessi diritti alle cure su tutto il territorio nazionale.

Una sanità già profondamente cambiata e che rischia di modificarsi e di diventare da universalistica a profondamente selettiva.

A noi sindacati spetta l'arduo compito di impedire la frammentazione dei processi assistenziali e la comparsa di vari pilastri del SSN fonte di diseguaglianze anche tra i pazienti della stessa Regione e che faccia, una volta per tutte, chiarezza sui modelli assistenziali territoriali e ospedalieri senza inseguire mode e convinzioni del momento sinceramente poco perseguibili.

Il SUMAI Assoprof chiede di dare certezze e motivazioni ai medici ed ai professionisti che operano in questo nostro SSN assicurando quella necessaria autonomia nella diagnosi e cura del paziente e vuole dare il proprio contributo ed essere anche protagonista del cambiamento attraverso la capacità, dimostrata in questi 50 anni, dando concretezza e valore aggiunto ad un effettivo rilancio della sanità italiana che dipende dalla Politica, dalle Istituzioni, dai Sindacati, dai Professionisti e dai Cittadini.

Il SUMAI Assoprof ha, infatti, dimostrato in questi 50 anni di non accettare le condizioni attuali in cui vive la sanità pubblica ma vuole poter offrire il proprio contributo propositivo ai processi di cambiamento per una sanità in profonda evoluzione, assumendosene in pieno le responsabilità che ne derivano.

Vorrei ringraziare infine nuovamente il mio Esecutivo, la mia Segreteria nazionale, il mio Consiglio nazionale e tutti i medici e professionisti del SUMAI Assoprof ed gli iscritti al sindacato che mi hanno spronato e hanno condiviso quest'ultimo anno di lavoro e hanno permesso al SUMAI Assoprof di mettere la basi per quel salto di qualità che la categoria si aspetta e merita per quanto dimostrato in questi 50 anni.

Evviva il nostro SSN. Evviva il SUMAI Assoprof.