

49° CONGRESSO NAZIONALE

**CRONICITÀ,
INVECCHIAMENTO E CRISI.
IL RUOLO DELLA SPECIALISTICA
TERRITORIALE IN RISPOSTA
AI NUOVI PROBLEMI ED ALLA
NUOVA RIORGANIZZAZIONE
DEL SSN**

**Relazione di
Roberto Lala**

Rende-Cosenza – Ariha hotel

03/07 ottobre 2016

Indice

3	Saluti
4	Politica e Ssn. Tra tagli e riorganizzazione
5	Invecchiamento e cronicità: le battaglie che abbiamo di fronte
6	Il ruolo della specialistica territoriale
7	Il nuovo Acn. Dalla firma all'applicazione
9	L'attività del sindacato
10	Giovani: è allarme rosso
11	Conclusioni

Cronicità, invecchiamento e crisi. Il ruolo della specialistica territoriale in risposta ai nuovi problemi ed alla nuova riorganizzazione del SSN

Saluti

Care colleghe, cari colleghi, Autorità presenti e ospiti! Benvenuti al 49° Congresso del Sumai-Assoprof. Prima di iniziare permettetemi di ringraziare in particolare il Sumai di Cosenza che ci ha consentito di organizzare la nostra assise annuale in questa splendida cornice. Quest'anno abbiamo deciso di focalizzare i nostri lavori su *‘Cronicità, invecchiamento e crisi. Il ruolo della specialistica territoriale in risposta ai nuovi problemi ed alla nuova riorganizzazione del Ssn’*.

Introduzione

Da oltre un decennio la questione dell'aumento delle cronicità, dovuto all'invecchiamento della popolazione, si impone sempre più tra i problemi di maggior rilievo che incidono in negativo sullo sviluppo del Paese. Aumento condizionato dall'invecchiamento della popolazione quale ineludibile effetto combinato del calo del "tasso di natalità" (in Italia tra i più bassi d'Europa) e dell'aumento della "speranza di vita" (in Italia, tra le più favorevoli nel mondo). Aumento purtroppo incentivato dalla crisi economica in atto e conseguentemente dalle risorse economiche sempre più scarse. Vero è che già da tempo stiamo constatando la crescente incidenza delle "malattie croniche"; altrettanto vero è che, fatte salve alcune lucide evocazioni e numerose denunce (in taluni casi anche esageratamente apocalittiche) del preoccupante fenomeno non si era ancora avuta la reale percezione.

Ebbene, in quest'ultimo anno, quella che taluni, parafrasando una celebre pellicola americana, non hanno esitato a definire 'La Tempesta perfetta', purtroppo è arrivata.

E' arrivata non solo perché lo dicono i fenomeni demografici già citati (calo della natalità, aumento della speranza di vita, incremento dell'età media) ma lo dice inequivocabilmente la maggiore diffusione della povertà che, unitamente al continuo ridimensionamento del Servizio Sanitario pubblico, porta i cittadini addirittura a non curarsi.

È arrivata perché viene percepita e vissuta ogni giorno di più in modo inequivocabile.

Come e quanto ciò sia vero lo può testimoniare fedelmente la nostra categoria, insieme alle altre categorie che operano sul territorio. Grazie alla quotidiana esperienza a tutela della salute dei cittadini lo specialista ambulatoriale conosce bene tutte le difficoltà oggettive che vive la nostra sanità condizionando negativamente la nostra società.

Ed ecco che oggi più che mai è necessario che la riorganizzazione da troppi anni attesa si compia. Riorganizzazione nella quale e per la quale il Sumai-Assoprof può e deve esercitare un ruolo di prim'ordine. Ruolo che noi oggi qui rivendichiamo con maggior forza e determinazione perché nessuno meglio di noi è in grado di suggerire la migliore qualificazione possibile della nostra presenza arricchita dal corretto ed indispensabile inserimento professionale dei giovani.

Politica e Ssn.

Tra tagli e riorganizzazione

Come dicevo in quest'ultimo anno abbiamo visto le prime crepe evidenti nel sistema che ne stanno minando le radici. Parole come sostenibilità, universalismo selettivo, razionamento, limiti a prescrizioni e assicurazioni, hanno invaso ormai il dibattito in una morsa diabolica che stringe la sanità pubblica, chi vi lavora, e, prima di tutto, i cittadini.

Cosa è stato fatto?

L'ultima legge di Stabilità, sulla carta, potrebbe certamente riportare una boccata d'ossigeno con 1,3 miliardi in più per il Fondo sanitario nazionale 2016 che è arrivato a 111 mld.

Certo non si può non rammentare che rispetto alle previsioni del Patto per la salute (che stanziava 115,4 mld) i miliardi in meno sono ben più di 4 e mezzo. Sì, è vero, per il 2016 sono stati vincolati 800 mln per i nuovi Lea, attesi da 15 anni, ma il palleggio che abbiamo visto tra le Regioni, il Ministero della Salute e il MeF fino al mese di agosto fa capire come i conti saranno difficili da far tornare. Su questo punto il nostro auspicio è che le rassicurazioni che a più riprese ha fornito il Ministro Lorenzin sui nuovi Lea e sui 2 miliardi di aumento per il 2017 (con la promessa di dare la priorità al personale e ai farmaci innovativi) effettivamente si trasformino in realtà.

In attesa che le promesse (vedi anche quella del presidente del Consiglio su nuove risorse per i contratti) vengano realmente mantenute, è evidente che il Documento di Economia e Finanza (in attesa dell'aggiornamento che potrebbe anche essere peggiore tra Brexit, terrorismo e salva banche) non ci ha fatto sorridere, soprattutto quando ha previsto una spesa sanitaria in calo rispetto al PIL fino al 6,5% nel 2019 (un limite di finanziamento che pone inquietanti interrogativi sulla tenuta di un sistema sanitario che vorrebbe essere avanzato come il nostro).

E sulla scia di un finanziamento che si dimostra, nei fatti, insufficiente, abbiamo visto evidenti

tentativi di fare entrare a regime misure di razionamento delle cure.

Mi riferisco al famoso decreto appropriatezza, che in prima battuta ha rappresentato una delle prime ondate di politiche di "razionamento" del SSN, (lo ha definito così l'Ufficio di Bilancio del Parlamento) che hanno seriamente minato la libertà del medico e limitato le prestazioni ai cittadini.

Siamo sempre stati contrari a questo provvedimento, e per primi, con gli altri sindacati ne denunciavamo la sua pericolosità.

Abbiamo per questo apprezzato l'intervento istituzionale, prima con la circolare esplicativa (che ha escluso sanzioni e corretto alcune errori macroscopici), e poi con la scelta di abrogare il decreto stesso introducendo nuove misure nei nuovi Lea. E in questo quadro è da apprezzare l'intervento della FNOMCeO e la capacità di ascolto di Ministero e Regioni, che hanno capito che la strada per l'appropriatezza prescrittiva si percorre insieme al mondo della professione. Certo, su questo tema, pur ribadendo la bontà dei correttivi (anche se sarà da verificare l'applicazione concreta delle norme e la natura degli eventuali aggiornamenti) noto con rammarico come al di là di tutto si sia perso un anno e mezzo a discutere, quando sarebbe stato sufficiente coinvolgere prima la categoria per evitare passi falsi: un errore tecnico-politico che, a mio avviso, ha creato allarmismi e disagi tra medici e pazienti, erodendo ancora di più un rapporto di fiducia già di per sé complicato.

Bene che si sia capito l'errore ma è ora di smetterla con Istituzioni sorde e che troppo spesso impongono scelte discutibili, calate dall'alto e dal forte sapore economicistico.

Vorrei inoltre ricordare che i nostri stipendi sono bloccati da 7 anni e che come Sumai-Assoprof, con grande senso di responsabilità e rispetto per tutti i cittadini, abbiamo sempre mostrato fiducia e credito nelle Istituzioni, prova ne è la firma sulla convenzione per la parte normativa dello scorso anno.

Ad oggi un unicum nel panorama dei rinnovi contrattuali.

Siamo tuttavia ancora in attesa della Legge sulla Responsabilità professionale sanitaria.

Il tira e molla, oramai, va avanti da anni; noi avevamo accolto con favore il cambio di passo con l'approvazione del Ddl alla Camera. Ora l'iter al Senato è stato forse più lento delle attese (senza considerare l'ulteriore passaggio alla Camera). Ma la misura ormai è indispensabile e come riporta sempre il DEF, rappresenta una delle priorità segnalate anche dal Governo.

Certo che se va a finire come l'accordo Sindacati-Governo raggiunto a Palazzo Chigi lo scorso marzo non c'è da star sereni.

All'intesa di marzo, nella famosa "Sala Verde", dovevano, infatti, seguire interventi concreti per la categoria (voglio ricordare che in nome di quell'accordo tutti i sindacati hanno revocato uno sciopero di 48h). Beh, non mi sembra che molto si sia smosso.

La famigerata delega al lavoro in sanità pare essere naufragata dopo lo stop delle Regioni. La questione del precariato non sembra essere stata risolta così come non si sono fatti passi in avanti sul tema della valorizzazione (anche economica) del personale.

Insomma, le attese, legate anche ad un forte disagio della professione che ci ha visto scioperare, insieme ai colleghi di altre categorie, lo scorso dicembre, erano ben altre e oggi il tempo concesso a questo Governo si avvia a scadenza.

Ma il problema non è solo di natura sindacale, il problema come dicevo in apertura è concreto e si chiama: difficoltà nel curare i cittadini che nel frattempo hanno sempre meno risorse e sempre più bisogno di servizi di salute.

Invecchiamento e cronicità: le battaglie che abbiamo di fronte

Come premesso, i numeri sono agghiaccianti. Per la prima volta in 90 anni l'Istat ha rilevato come siano diminuiti i residenti in Italia.

Le nascite sono a picco e non si arresta il trend di invecchiamento della popolazione: l'età media è salita a 44,7 anni e gli over 65 continuano ad aumentare. Nel 2016 sono circa 13 milioni, cioè il 22% della popolazione (nel 2006 erano il 19%) e tra 15 anni le stime ci dicono che saranno 16 milioni (il 25% in più), senza considerare gli scarsi passi in avanti fatti dagli italiani sui fattori di rischio per la salute (preoccupa in questo senso soprattutto l'aumento delle persone in sovrappeso: quasi un adulto su due).

A una popolazione che invecchia è legato l'incremento delle patologie croniche che hanno un pesantissimo impatto sul Sistema sanitario, oltre a tutto con una progressione che non mostra segni di arresto: si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche e che nel 2020 le stesse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

È ormai acclarato che la domanda di servizi sanitari, soprattutto per soggetti anziani affetti da patologie croniche negli ultimi anni è diventata sempre più alta.

È stato calcolato che quasi un terzo delle visite mediche generiche e di quelle specialistiche sia erogato alla popolazione multi-cronica e, di queste, circa il 30% a persone affette da patologie croniche gravi.

Nel 2010 la spesa per ricoveri ospedalieri è stata attribuita per il 51% alla fascia di età over 65. In questa fascia di età si concentra anche il 60% della spesa farmaceutica territoriale e la spesa pro capite di un assistito di età over 75 è 11 volte superiore a quella di una persona appartenente alla fascia 25-34 anni.

La circostanza che i malati cronici assorbono quote progressivamente crescenti di risorse al crescere dell'età e del numero di malattie è confermata anche da dati regionali.

In Lombardia nel 2013 il rapporto tra la spesa sanitaria procapite di un paziente non cronico e la spesa pro-capite di un paziente con 4 pato-

logie croniche è stata di 1/21,5; per un paziente con 3 patologie lo stesso rapporto è di circa 1/12, per due patologie è di 1/7,3, per una patologia di 1/4.

Nel corso del tempo la spesa totale della Regione per le malattie croniche risulta aumentata del 36% dal 2005 al 2013.

Stiamo parlando di numeri che sono già elevati oggi e che sono destinati a crescere ancora con uno spettro che aleggia e che si chiama: multicronicità.

Oggi dobbiamo dirlo forte e chiaro: non siamo pronti in tutta la Penisola ad affrontare questi numeri, che sono i segnali di un disagio crescente e di una inadeguatezza organizzativa e strutturale di un sistema incapace di cambiare passo in maniera uniforme su tutto il territorio. Il profondo divario tra Nord e Sud stenta ancora a ridursi e in questo senso guardiamo con molta attenzione alla riforma della Costituzione su cui saremo tra poche settimane chiamati al voto referendario.

Per la sanità è prevista, infatti, la modifica del Titolo V della Costituzione con cui lo Stato avrà un più forte ruolo di indirizzo e controllo sulle Regioni.

Inutile negarlo, su questo punto specifico è certamente un passo in avanti, rispetto agli ultimi 15 anni di regionalismo spinto, anche se non è la panacea di tutti i mali e, forse, qualcosa in più si poteva fare.

Il ruolo della specialistica territoriale

Lo ripetiamo ormai all'infinito da anni: non è sufficiente solo spostare sul territorio i servizi, ma occorre anche operare un cambio di paradigma che costruisca una vera *Community Care*, come del resto abbiamo indicato, lo scorso anno, nel tema del nostro congresso.

Una strada che esprima il concetto di comunità come rete di relazioni sociali concrete, un sistema complesso cui concorrono i professionisti della sanità in team, l'intera realtà locale ammi-

nistrativa e sanitaria e gli stessi pazienti, in una logica di cogestione della propria condizione di salute.

Una rete di servizi, diffusi capillarmente sul territorio, che sia in grado di prendere veramente in carico i pazienti lì dove essi vivono, in condizioni di prossimità e di continuità.

Il modello di cure primarie che proponiamo da tempo e le cui basi sono presenti nella nostra nuova convenzione, va infatti oltre la tradizionale funzione di filtro, ma guarda alla capacità di integrazione tra cure primarie e cure secondarie: nel tentativo di operare un'epocale svolta qualitativa, nella quale viene facilitata e implementata l'integrazione verticale dell'assistenza (gestione di specifiche malattie dell'assistenza primaria e terziaria) e orizzontale (integrazione dell'assistenza vicino ai bisogni dell'individuo, priorità ai bisogni più ampi della comunità e della popolazione).

E' proprio in questa rete che gli specialisti territoriali, nella loro specificità, rappresentano un punto di riferimento ben preciso, essendo capaci di offrire, già da oggi, tutte le competenze indispensabili in una dimensione articolata, con le nuove modalità organizzative che possono modularsi sulle diverse necessità locali. Professionisti e medici specialisti esperti del territorio, che, lo ricordiamo, richiede diverse capacità e competenze rispetto al lavoro in ospedale.

Con piacere annotiamo come questo si evidenzi, in modo assai chiaro, nel recente Piano nazionale delle Cronicità che va in questo senso prevedendo "un diverso modello integrato ospedale/territorio".

Il Piano ribadisce, e speriamo che non diventi un 'libro dei sogni', come ha detto la nostra presidente FNOMCeO Roberta Chersevani, che "l'ospedale va 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 multispecialistiche dedicate e

“dimissioni assistite” nel territorio, finalizzate a ridurre il cosiddetto “drop-out” della rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione impropria a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità”.

Purtroppo, come dicevamo, queste norme si sono inserite in un difficilissimo quadro economico, oltre che in un quadro ancora incerto nella suddivisione dei compiti tra livello nazionale e regionale.

Il risultato fino ad oggi è stato che le realizzazioni sono avvenute in maniera disforme nelle diverse Regioni, con importanti sperimentazioni, ma anche con scelte discutibili, che, ad esempio, hanno confuso il lavoro di squadra multi professionale con uno slittamento di compiti verso profili professionali non corrispondenti alla necessità, e in apparenza meno “costosi”.

In questo senso vale anche la pena ricordare come a livello internazionale il nostro “unicum” della specialistica territoriale pubblica è ben visto e può essere certamente una delle carte vincenti che il Ssn italiano può giocare per vincere le sfide della sostenibilità e della nuova e crescente domanda di salute.

Altri paesi europei, che hanno i nostri stessi problemi epidemiologici ma riescono a investire più risorse, stanno cercando di rafforzare i servizi sanitari sul territorio, ma al loro interno sentono la mancanza di uno specifico profilo di attività e ciò sta provocando non poche difficoltà.

In Gran Bretagna e in Spagna, per esempio, la medicina specialistica ha una dimensione essenzialmente ospedaliera, mentre in Francia e in Germania si articola attraverso il sistema delle mutue, con una sostanziale separazione rispetto all’assistenza primaria. È evidente che in entrambi i modelli, creare una presa in carico a livello territoriale in assenza di uno specifico anello di raccordo, richiederà loro tempo e non sarà agevole.

Il sistema italiano parte invece “avvantaggiato”, avendo infatti al suo interno, ed in tutte le Re-

gioni, questo tipo di figura professionale con competenza ormai ultra cinquantennale del territorio, che consente di programmare forme di assistenza integrata e fortemente qualificata in tale ambito.

Eppure, nonostante tutto, ancora oggi questa risorsa di alto profilo professionale poco costosa non viene sfruttata al meglio, lasciando inapplicate Leggi dello Stato e ad Accordi firmati.

Veramente incomprensibile !

Il nuovo Acn. Dalla firma all’applicazione

Lo scorso 6 luglio, infatti, è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il nostro nuovo Accordo collettivo nazionale per la parte normativa dopo la firma dell’intesa con Sisac del 9 dicembre 2015.

Come ben sapete, il rinnovo della convenzione è stato un lavoro molto lungo e difficile. A quasi un anno di distanza, ribadisco che ne è valsa la pena, perché la categoria ha raggiunto un risultato molto importante per l’oggi e per il domani.

Con il nuovo accordo abbiamo infatti (sindacati tutti, Sisac, Ministero della Salute e Regioni) condiviso un percorso che ci ha permesso di raggiungere un’intesa che definisce maggiormente la rete organizzativa del territorio e indica in modo chiaro ed evidente il ruolo della specialistica ambulatoriale convenzionata in questa rete. E mi riferisco in special modo al criterio, ben definito e uniforme in ambito nazionale, che prevede l’assegnazione diretta degli incarichi a tempo indeterminato, confermati dopo un breve periodo di prova.

Questo ha rappresentato inequivocabilmente un salto di qualità e di crescita per tutta la categoria. E in particolar modo per il Sumai-Asso-prof che per oltre 20 anni, e in solitaria, ha difeso il ruolo e il profilo dello specialista ambulatoriale rispetto a norme che volevano, de facto, cancellare la nostra figura.

Di questa battaglia, che non esito a definire 'vinta', dobbiamo andare tutti orgogliosi.

Oggi, e lo sarà sempre più in futuro, la specialistica ambulatoriale è uno dei punti di riferimento per il cittadino e per le sue complesse esigenze di natura assistenziale specialistica.

Tutto ciò non è accaduto per caso ma perché in questi anni la nostra comunità professionale ha lottato, ha fatto valere le sue alte competenze all'interno del sistema sanitario e ha mostrato la validità del nostro rapporto di lavoro per la sua capacità di adattarsi alle diverse necessità assistenziali del territorio.

Altro passaggio importante della nuova convenzione è avere reso più solida la rete e più efficace il percorso di presa in carico dei pazienti, in particolare degli anziani e dei malati cronici.

Nella stessa direzione va anche la misura che mira a ricondurre le prestazioni degli specialisti convenzionati in una sola Azienda sanitaria, con evidenti vantaggi sia per i nostri colleghi, costretti a confrontarsi ogni giorno con le crescenti difficoltà di viabilità, sia per i servizi che per i cittadini, perché è fuori di dubbio che quanto più ampio è il rapporto di lavoro con un'Azienda, tanto maggiore è lo stato di fidelizzazione con la stessa.

È stato quindi favorito l'incremento orario, per i già titolari, fino al raggiungimento delle 38 ore di incarico settimanale; inoltre, si è venuti incontro alla domanda di lavoro di molte colleghe e colleghi consentendo di acquisire incarichi in Regioni diverse anche non limitrofe, superando il limite presente nei precedenti Accordi.

Un Accordo quindi, ripeto ancora una volta, che ha pensato sia ai più giovani che ai meno giovani, a coloro che devono entrare nel mondo del lavoro e a coloro che, ancorché inseriti, non hanno una situazione soddisfacente dal punto di vista dell'impegno orario o troppo frammentata su diverse aziende.

Oggi, come sappiamo, il panorama che abbiamo di fronte è completamente cambiato: la sanità del futuro sarà sempre più una sanità che

si declina sul territorio, per orientare i cittadini alla salute e prendere in carico coloro che soffrono di malattie croniche e degenerative, tipiche dell'invecchiamento. E in questa sanità il ruolo della specialistica ambulatoriale convenzionata interna è essenziale, proprio, in ragione delle peculiarità del proprio rapporto giuridico, che garantisce prestazioni specialistiche di alta qualità, in condizioni di prossimità all'utente, sviluppando dunque servizi efficienti ed economicamente sostenibili, perché non si può e non si deve mai dimenticare che la sostenibilità dell'intero Ssn resta la sfida più difficile da affrontare.

E proprio in quest'ottica e per migliorare la formazione, anche gestionale, della categoria, alla luce delle nuove responsabilità, desidero ricordare come quest'anno è stata realizzata la II edizione del Corso di Alta Formazione Universitaria dal titolo "La Medicina Specialistica verso la Comunità Care", sponsorizzata da Sumai e Agenas ed organizzata da un consorzio di prestigiose università italiane come Ca' Foscari di Venezia, Università Alma Mater di Bologna, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Università Aldo Moro di Bari.

Il corso, rammento, è sostenuto da Sumai-Assoprof, in quanto ritenuto valido per i suoi contenuti e per l'acquisizione delle competenze necessarie per ottenere incarichi di responsabilità di struttura semplice e complessa, nonché di Referente di AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) e Coordinatore di UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie).

Sono proprio le AFT della specialistica ambulatoriale che rappresentano una delle più grandi sfide organizzative che abbiamo davanti e uno dei banchi di prova su cui la categoria si dovrà confrontare per dimostrare il proprio valore anche in ambito organizzativo.

È innegabile che il percorso di costruzione delle AFT della specialistica territoriale stenti ancora a trovare una collocazione nei modelli di sviluppo organizzativo delle cure primarie, anche

se proposti e delegati dalle stesse regioni italiane alla SISAC; tali proposizioni sono state inserite nell'ultimo Accordo Collettivo approvato dalla conferenza Stato-Regioni e, come detto precedentemente, pubblicato su Gazzetta Ufficiale il 6 luglio ultimo scorso.

Le AFT specialistiche sono indubbiamente una novità e nel processo di implementazione si avverte la mancanza di modelli di riferimento esteri, così importanti per superare la fase della sperimentazione per passare ad una adozione diffusa in modo rapido ed efficace.

Ma come dovrà strutturarsi la AFT specialistica? Sul tema, ricordo che abbiamo presentato delle linee guida ad hoc, in cui si specifica come il passaggio dalla rete virtuale finora informale degli specialisti all'AFT, formalizzato dalla nuova convenzione, si basi da un lato su interventi formativi specifici sia per lo sviluppo del modello organizzativo sia per l'acquisizione delle tecniche di cura della cronicità, e dall'altro su interventi strutturali, con l'adozione di tecnologie evolute di collegamento in rete dei professionisti, quali i sistemi di gestione del paziente integrata fra i vari attori delle cure primarie, i sistemi di allerta sull'acuzie, i feedback sulle performance cliniche, i registri di patologia).

Sempre che le Regioni investano....

Ma il ruolo e la funzione della AFT della specialistica territoriale convenzionata nell'ambito delle cure primarie è quello di governare la rete delle complessità cliniche, vale a dire diagnostica, terapeutica, assistenziale, riabilitativa).

In questo quadro il compito dell'AFT della specialistica territoriale, è di completare ed integrare le cure primarie quando si è in presenza di una situazione di pluripatologia o di patologia singola complicata, sia nel paziente acuto sia, più frequentemente, nel paziente cronico. E ciò vale non solo per le patologie ad alto impatto sociale, alle quali sono rivolti principalmente gli sforzi organizzativi regionali, ma anche per le malattie rare e le patologie croniche d'organo, di totale competenza specialistica.

La nostra ricetta per il futuro è quindi chiara, anche se vi sono ritardi nell'applicazione di quanto sottoscritto negli Accordi. Finora pochissime Regioni hanno licenziato gli atti necessari alla istituzione delle AFT e permane nella maggior parte di esse un immobilismo molto preoccupante. Al di là degli scenari economici, sappiamo che in questo momento sono in atto le trattative per il rinnovo delle convenzioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta che, insieme alla specialistica ambulatoriale, rappresentano le fondamenta delle nuove cure territoriali.

Trattative molto complesse e sulle quali, come Sumai-Assoprof, auspichiamo al più presto si possa trovare la quadratura del cerchio, anche perché è quasi superfluo ricordarlo: se non si è tutti d'accordo sul nuovo sistema ogni sforzo di riforma sarà vano.

Ma detto ciò le trattative degli altri ACN non possono trasformarsi in alibi per non dare seguito ad un Accordo che ha raccolto l'unanimità di consensi sia da parte sindacale che da parte pubblica.

L'attività del sindacato

Il SUMAI, in questo contesto, si è impegnato insieme alla Federazione e agli altri sindacati nella battaglia a difesa della professione: proteste e rivendicazioni culminate nella manifestazioni di Piazza Santi Apostoli in novembre e con lo sciopero di 24 ore in dicembre.

Erano anni che non si vedeva un fronte della professione medica così compatto, e ben sappiamo come questo non sia un aspetto scontato. La nostra protesta è andati avanti fino alla famosa intesa sottoscritta nel mese di marzo 2016 con il Governo a Palazzo Chigi; da allora sono trascorsi sei mesi senza nessun passo in avanti. Il bottino come ho detto è stato magro e al ritorno dalle ferie ci siamo nuovamente attivati insieme alle altre organizzazioni sindacali per valutare l'opportunità di riattivare la protesta.

Venendo poi all'altra istituzione medica, l'Enpam, posso solo ribadire come il lavoro di riforma dell'Ente degli anni scorsi ci abbia consegnato una struttura rinnovata nei suoi organi statutari, che vede una maggiore rappresentatività dei contribuenti e un Consiglio di Amministrazione più snello. Tutti aspetti che consentiranno all'Ente di mantenere e rafforzare la sua solidità.

Ma al di là del contesto generale e dell'attività propria e quotidiana di supporto e consulenza ai colleghi, per il Sindacato è stato anche un anno in cui ci siamo confrontati soprattutto con le novità della nuova convenzione e con lo sviluppo della nostra associazione. Tra le novità pratiche l'attivazione della nuova 'app' del Sindacato con cui ogni iscritto potrà entrare nel mondo del Sumai-Assoprof, con aggiornamenti continui sulle novità per la professione. Inoltre vi posso anticipare l'intenzione di dar vita ad una nuova newsletter sindacale digitale, uno strumento che oggi ritengo sia indispensabile per la rapidità dell'informazione, impossibile con le normali pubblicazioni su carta.

Ma ancora più indispensabile sarà impegnarci con maggior forza sul fronte dei giovani. È la nostra più grande preoccupazione per il futuro: i giovani colleghi non possono essere più tenuti ai margini del processo di cambiamento

Abbiamo già iniziato un percorso a livello nazionale che sta integrando un gruppo di giovani colleghi. I risultati ci sono, ma è chiaro che quando penso ad un cambio di passo, penso ad un impegno massiccio di tutto il Sumai in ogni sua articolazione da Nord a Sud, Isole comprese.

Giovani: è allarme rosso

Questa è la priorità del futuro. Se non si invertirà la rotta degli ultimi anni si rischia di ritrovarci nel 2025 con un fabbisogno inevaso di 8.000 specialisti, il 40% dell'attuale categoria. Tutto ciò per un insieme di cause concorrenti: il blocco del turnover che persiste in metà delle

regioni italiane, di precariato galoppante, il sempre minor numero di medici che vengono formati, nonostante la professione rimanga fortunatamente una tra le più ambite, i dati attuali sulla categoria che vedono il 60% degli aderenti avere più di 55 anni di età ed una prospettiva di pensionamento nel medio-breve termine. Una vera debacle che cozza contro ogni tentativo di riforma delle cure territoriali, considerando che nello stesso periodo andranno contemporaneamente in pensione circa il 60% dei 65.000 Medici di medicina Generale, senza possibilità di immediato avvicendamento. Infatti la scuola di formazione della Medicina Generale licenzia solo 900 medici l'anno, numeri che, al momento, appaiono insufficienti a garantire l'attuazione del recente "Piano sulle cronicità", delle AFT e UCCP previste nel Patto della Salute ed in parte già normate ed inserite negli ACN della medicina convenzionata come riaffermato nel recente ACN della specialistica ambulatoriale.

Non va certo meglio per la specialistica ospedaliera che nello stesso periodo vedrà andare in pensione circa il 40% degli attuali 113.000 appartenenti a questa categoria.

Riassumendo quindi entro il 2025 i medici specialisti in Italia, tra ospedalieri e convenzionati, che andranno in pensione, in mancanza di un regolare turnover si ridurranno di circa 55.160 unità e questo quindi con il concreto rischio di seppellire il nostro amato SSN.

Una bella responsabilità, che in mancanza di adeguati correttivi, la politica si sta assumendo nei confronti di tutti i cittadini italiani.

Questa fotografia, che viene da un'elaborazione fatta dal Centro Studi dal Sumai-Assoprof su dati Enpam e INPS, segue quanto abbiamo già denunciato negli ultimi anni, e inquadra una professione che sta vivendo sulla propria pelle il serio problema del mancato ricambio generazionale con il rischio che a pagarne le conseguenze, come dicevo, siano prima di tutto i cittadini. Vorrei che fosse chiaro a tutti: la que-

stione Giovani rappresenta e rappresenterà con ancora più forza il caposaldo della nostra attività sindacale nei prossimi mesi e nel prossimo futuro perché rappresenta il primo punto per la continuità del SSN e per evitare anche le conseguenti gravi ripercussioni previdenziali date dalla mancanza di una regolare e sufficiente contribuzione pensionistica, alterando l'equilibrio di tutti gli Enti Previdenziali pubblici e privati. I segnali sono troppo preoccupanti e rischiano seriamente di minare alla radice tutti gli sforzi fatti per rilanciare la categoria e soprattutto la medicina territoriale. Se essa va rafforzata, e se la specialistica territoriale rappresenta uno dei punti nodali di questa riorganizzazione, come possiamo permettere che i colleghi più giovani ne siano tenuti ai margini? Al contrario, essi devono costituire il perno del nuovo sistema. Ma per ottenere questo devono essere coinvolti e integrati in modo completo.

In mancanza di un regolare turnover, il rischio reale, e già in alcuni territori inizia ad avvertirsi, è che si creino soprattutto in alcune Regioni dei vuoti in corrispondenza del punto più alto della curva dei pensionamenti. Inoltre, le condizioni di non piena stabilizzazione contrattuale in cui si trovano oggi parte dei colleghi più giovani, impediscono quella naturale trasmissione della Conoscenza da parte dei più anziani ed esperti, un'insostituibile ricchezza che viceversa va inesorabilmente perduta a discapito di tutta la comunità.

Disperdere le energie e le risorse apportate dai colleghi più giovani è quindi un errore che tutta la sanità italiana rischia di pagare a caro prezzo, e che va per tempo corretto.

Conclusioni

Abbiamo quindi intenzione di muoverci nella direzione dei giovani. In prima battuta attendiamo dalla prossima Legge di Stabilità risposte concrete sia per quanto concerne lo sblocco del turnover, e la stabilizzazione dei precari, anche nella nostra area con il superamento dei contratti anomali libero-professionali, sia per quanto riguarda i fondi contrattuali. I 300 mln stanziati per tutta la Pubblica Amministrazione nel 2016 non sono ovviamente sufficienti per aprire il tavolo del rinnovo della parte economica dell'Accordo nazionale e per ridare fiato ad una convenzione che ha visto, con lo stop di questi anni, diminuire il potere d'acquisto di tutti, dei medici specialisti e degli odontoiatri, dei medici veterinari, dei professionisti psicologi, biologi e chimici, dei medici Inail, del SASN e della medicina dei servizi. Tutto ciò a fronte di condizioni di lavoro che sono decisamente ed inequivocabilmente peggiorate rispetto all'ultimo rinnovo economico.

Abbiamo dato fiducia all'Esecutivo ma è chiaro che non possiamo più accettare di essere la valvola di sfogo di un sistema, giustamente vincolato all'economia, ma che sta perdendo ogni rispetto per il lavoro di tutti gli operatori che insistono nel mondo della sanità, esasperando conflittualità inutili, prive di reali contenuti e gravemente lesive degli interessi dei cittadini e dei professionisti stessi. Noi, specialisti territoriali, riteniamo che la misura sia colma. La diagnosi è chiara, la terapia pure, ed è quella che abbiamo ribadito anche oggi.

Ora non possiamo e non vogliamo più attendere.



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

■ **Comitato Organizzatore**

Dott. Vincenzo Priolo
(Presidente)

Dott. Francesco Lanzone
(Segretario)

Dott. Desiderio Palombella
(Tesoriere)

■ **Sede Congressuale**

Ariha Hotel

Via Guglielmo Marconi 59
87036 Rende - CS
Tel. +39 0984 401010
info@arihahotel.com
www.aridahotel.com

■ **Segreteria Organizzativa**

SUMAI ASSOPROF

Via Vincenzo Lamaro 13
00173 Roma
Tel. + 39 06 2329121
Fax + 39 06 23219168
sumai@sumaiweb.it