N. 0 - Ottobre 2014
Copia omaggio per i Sig. Medici
Disponibile on-line su www.snami.org

LIBERTÀ *medica*

SNAMI

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani

Non cure continue ma continuità di cura

CONTATTO & ARCHIMEDICA

©2014 Contatto S.r.l. e Archimedica Edizioni Torino.
Sede Legale: Via Vincenzo Lancia, 27-10141 Torino
Tel.011.712.393 - Fax 011.726.115
Sito web www.contatto.tv; e-mail: info@contatto.tv

Richiesto l'inserimento nel R.P.G. delle opere protette.
Ai sensi dell'art. 105 e per gli effetti dell'art. 103 della legge 22/04/1941, n. 633 sulla protezione del diritto d'autore e ai sensi degli art. 31, 33, 34 e 35 del relativo regolamento di esecuzione apportato con R.D. 18/05/1942, n.1369.

Titolo: "Libertà Medica SNAMI"

Pubblicato da: Contatto S.r.l. Archimedica Edizioni
Torino, Settembre 2014
Finito di stampare nel mese di Settembre 2014
presso A4 Servizi Grafici - Chivasso (TO)

Editore:
Contatto S.r.l. Archimedica Edizioni

Responsabile Legale:
Cosma Antonia Tullo

Direttore Editoriale:
Francesco D'Accardi

Addetto stampa nazionale SNAMI:
Domenico Salvago

Progetto grafico:
Contatto srl

Grafica e impaginazione:
Alessio Milazzo

Questa pubblicazione è disponibile on-line su:
www.snami.org

IN QUESTO NUMERO

Il perchè di Libertà Medica 2
Le battaglie sindacali dello SNAMI 3
Medicinali Bio-equivalenti 4-6
Continue, imperterrite ed ostinate violazioni della parte pubblica degli elementari diritti sindacali 7
Riorganizzare non vuol dire riformare, come vorrebbe qualcuno, perchè una ricostruzione post smantellamento sarebbe irrealizzabile senza adeguati finanziamenti: non esistono infatti riforme a costo zero o pagate dai medici. 8
Autoreferenzialità e conflitto di interesse: i mali del nostro SSN 9
Innovazione, rifondazione e nuove cure territoriali? Neanche per sogno! 10-11
Il territorio già organizzato può trainare verso il cambiamento. Non però a costo zero e senza avere un ruolo portante. 12
Una continuità assistenziale con ruolo cardine nel nuovo assetto sanitario territoriale 13
Monca una sanità moderna senza una forte emergenza territoriale 14
Medici fiscali INPS: dall'Odissea alla Tragedia Greca 15
Intervista ad Angelo Testa 16
La giornata del Medico non sostituibile 17
Grazie Roberto! 18
Video interviste al Presidente SNAMI 19
Programma Congresso Nazionale 20-24

Medici SNAMI manifestano a Roma

IL PERCHÈ DI LIBERTÀ MEDICA

Perchè il pensiero dello Snami venga diffuso di più e meglio nel proseguo di una tradizione consolidata, alla luce delle attuali difficoltà del nostro essere Medici. Solamente « l'altro IERI » non avremmo mai pensato di chiederci: « DOMANI » ci saranno le condizioni per poter continuare svolgere la nostra professione?

di Angelo Testa, Presidente Nazionale Snami

Il nostro sindacato sta cercando in tutti i modi di far capire che gli scenari che stanno prendendo corpo nella sanità italiana, in particolare nella Medicina Generale, sono pericolosi a tal punto che rischiano di far saltare il sistema sanitario pubblico che a tutti i costi intendiamo difendere per i nostri Colleghi e per i pazienti, che devono essere ben informati di ciò che la **«rivoluzione-rifondazione»** potrebbe significare per loro: percorso da gambero nell'assistenza sanitaria,cioè un peggioramento. Oltre l'attività sindacale quotidiana che i nostri **dirigenti periferici** profondono gratuitamente tutti i giorni sacrificandosi e rubando il tempo alla famiglia, oltre il **sito web nazionale** che aggiorna costantemente gli addetti ai lavori e non, oltre **gli incontri istituzionali**, oltre la comunicazione attraverso la stampa di settore e non, la tv ed in particolare i Tg nazionali, **adesso anche un giornale, Libertà Medica,** consolidato baluardo Snami di comunicazione sindacale. Tutti ad amplificare la «denuncia la proposta» del nostro sindacato. Medici Snami, Colleghi di altri sindacati e non sindacalizzati, istituzioni, politici e soprattutto i cittadini dovranno essere ancor meglio informati che il sistema che si vorrebbe porre in essere distrugge il rapporto diretto con il paziente. **«Piccolo particolare»**, *si fa per dire*, è che il rapporto duale che il Medico di medicina generale ha con il suo assistito è il caposaldo di una buona ed efficace assistenza sanitaria mentre viceversa spostare il rapporto dal medico alla struttura indebolisce questo valore aggiunto e **«piccolissimo e trascurabile particolare»**, s*empre per dire,* costa di più in termini economici alla comunità. In bocca al lupo alla rinnovata **LIBERTÀ MEDICA** perchè ci aiuti a comunicare meglio e senza far sconti a nessuno, con più incisività e più capillarmente!

LE BATTAGLIE SINDACALI DELLO SNAMI

AL VIA LA PRESCRIZIONE DIRETTA DI ACCERTAMENTI E FARMACI DA PARTE DEGLI SPECIALISTI.

Nel Lazio importante passo avanti con una circolare regionale in cui viene ribadita l'obbligatorietà dell'uso dei ricettari rosa e il divieto da parte degli specialisti dipendenti del SSN di utilizzare ricette bianche, o altra modulistica, per prescrivere prestazioni sanitarie o farmaceutiche che sono a carico del SSN.

Roma 6 Maggio 2014

Proseguono senza sosta le azioni dello Snami per ottenere il rispetto delle norme in tema di prescrizione, a tutela dei pazienti che potranno evitare la fila dal proprio medico e dei Medici di famiglia che non sono *"scribacchini per conto terzi "*.

Giuseppe Di Donna, Presidente Regionale di Snami Lazio <Siamo riusciti a far prendere posizione ufficiale alla nostra Regione che ha emanato una circolare in cui si ribadiscono le modalità di prescrizione di prestazioni diagnostiche, specialistiche e farmaceutiche direttamente da parte degli specialisti, al fine di garantire ai pazienti un accesso semplificato alle prestazioni e permettere da parte dell'amministrazione una verifica agevolata da parte dei servizi preposti al controllo.

Il dispositivo regionale è stato sollecitato da diverse Commissioni Distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva, nelle quali lo SNAMI da diversi anni presenta documenti comprovanti richieste, anche inappropriate, oltre che scritte in maniera incompleta da colleghi Specialisti>. Per tali in appropriatezze il Dott. Di Donna è stato anche sentito dai NAS, competenti di zona, che hanno avviato una serie di accertamenti per verificare i comportamenti inappropriati da parte di diverse strutture sanitarie della Regione.

<È significativo> continua **Angelo Testa**, presidente nazionale del sindacato autonomo <che la circolare sottolinei che i Direttori Generali saranno responsabili di eventuali inadempienze sulla materia così come il divieto assoluto di utilizzo di ricettari bianchi o altra modulistica per prescrizioni con onere a carico del SSN provenienti da soggetti dipendenti e/o convenzionati con il SSN stesso.>

Domenico Salvago, presidente di Snami Sardegna, coordinatore del progetto Zeus che ha lo scopo di indurre lo specialista ad un cambiamento nel modo di rapportarsi nei confronti dei pazienti e dei medici di Medicina Generale <Se ci fosse il rispetto delle regole in termini di prescrizione si eviterebbero, a costo zero, inutili disagi al paziente, costretto spesso ad estenuanti, quanto inutili, file nella sala d'aspetto del proprio medico di famiglia, ed un cattivo impiego del tempo del medico di Medicina Generale costretto a compilare ricette non di sua competenza. Per ottenere questo obiettivo è necessaria la collaborazione dello specialista pubblico, che non deve più delegare al Mmg l'atto prescrittivo che gli compete, ma deve provvedervi personalmente secondo le norme in essere, finora spesso totalmente disattese. Ogni operatore sanitario deve svolgere il proprio ruolo e non mi risulta sia contemplata la figura medica di chi non svolge alcuni dei compiti di propria competenza demandandoli irrispettosamente ad altro medico, assegnandogli di fatto il ruolo di scrivano al proprio servizio.> <Ho invitato personalmente tutti i Presidenti regionali dello Snami> conclude **Angelo Testa** <a scrivere al proprio assessore alla Sanità, riportando l'esperienza positiva del Lazio sollecitandolo ad emanare una circolare analoga, impegnandosi poi a farla rispettare. Devono cessare,una volta per tutte, i comportamenti non deontologici di chi perpetua la "telenovela delle omissioni" non escludendo azioni legali se, nonostante tutto, ASL e Regioni continueranno a fare "orecchie da mercante" sulla vigilanza del rispetto delle regole da parte di tutti. >

MEDICINALI BIO-EQUIVALENTI

GianFranco Breccia

In base alla normativa italiana ed europea (art. 10, comma 5 DLvo n. 219/06; art. 10, comma 2 Direttiva europea 2001/83/CE e successive modificazioni),si definisce farmaco bio-equivalente ogni medicinale che abbia la stessa composizione qualitativa e quantitativa di sostanze attive e la stessa forma farmaceutica del medicinale di riferimento nonché una bioequivalenza con il medicinale di riferimento dimostrata da studi appropriati di biodisponibilità.

Inoltre i vari sali, esteri, eteri, isomeri, miscele di isomeri, complessi o derivati di una sostanza attiva sono considerati come la stessa sostanza attiva, se non presentano differenze significative delle proprietà relative alla sicurezza e/o efficacia. Le varie forme farmaceutiche orali a rilascio immediato sono considerate una stessa forma farmaceutica.

Gli eccipienti possono essere differenti. Criteri di valutazione della bioequivalenza e ruolo degli organi di controllo L'EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal products) ha redatto nel 2010 una revisione delle linee guida comunitarie per stabilire la bioequivalenza dei generici rispetto ai farmaci originali a brevetto scaduto http://ec.europa.eu/health/documents/eudralex/index_en.htm), conformi in sostanza alle linee guida applicate in USA dall' FDA (Food and Drug Administration: www.fda.gov).

I criteri di valutazione della bioequivalenza e ruolo degli organi di controllo la valutazione comparativa della biodisponibilità di due farmaci si effettua mediante studi di confronto dei seguenti parametri farmacocinetici:

- Tmax (tempo di picco della concentrazione plasmatica del farmaco, indicatore della velocità di assorbimento)
- Cmax (concentrazione massima plasmatica del farmaco, indicatore della velocità di assorbimento del farmaco per via orale)
- AUC (area sotto la curva delle concentrazioni plasmatiche del farmaco in relazione al tempo, indicatore del grado di assorbimento del farmaco).

Due farmaci sono considerati bioequivalenti quando le differenze riscontrate dal confronto delle loro biodisponibilità non superano il limite convenzionale prefissato di +/- 20%, che equivale all'intervallo 0,8 – 1,25 su scala logaritmica se si considera il rapporto tra la media di AUC o Cmax.

La bioequivalenza viene provata da studi dimostranti che i profili farmacologici (concentrazione/tempo) di due medicinali (originale di marca a brevetto scaduto e suo generico di riferimento) con lo stesso principio attivo somministrati nella singola stessa dose per la stessa via e nelle stesse condizioni sono così simili (ma non uguali) da ritenere che non vi siano differenze apprezzabili di sicurezza ed efficacia.

Non vengono richiesti però studi comparativi per dimostrare l'effettiva bioequivalenza tra diversi farmaci generici dello stesso farmaco originale che di conseguenza non sono tra loro scientificamente certificati come bioequivalenti. I farmaci prodotti industrialmente necessitano, a tutela della loro qualità, di autorizzazione alla produzione industriale (AP) che comporta verifiche ispettive del sito produttivo, controlli ordinari biennali sul sito produttivo e controlli straordinari su lotti di farmaci a cura dell'AIFA e necessitano a tutela della loro sicurezza ed efficacia di Autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) a cura dell'AIFA e dell'EMEA.

In conformità alle linee guida dell'EMEA, l'AIFA per rilasciare la domanda all'Autorizzazione all'immissione in Commercio (AIC) di un farmaco generico, verifica la bioequivalenza del generico rispetto al farmaco originale (www.agenziafarmaco.gov.it).

L'AIFA e l'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it/farm/) hanno compiti di vigilanza su qualità, sicurezza ed efficacia dei farmaci anche dopo la loro commercializzazione. Attraverso il sistema della farmacovigilanza regolamentato dal D.Lgs n.44/1997, modificato dal D.Lgs. 95/2003, i medici possono segnalare alle ASL di competenza eventuali reazioni avverse inattese o gravi,

contribuendo così al miglioramento della qualità dei farmaci già in commercio e alla sicurezza dei loro assistiti (www.farmacovigilanza.org).

La documentazione richiesta per attestare la bioequivalenza è ridotta rispetto a quella necessaria per registrare un nuovo farmaco, non include test di bioequivalenza con altri generici in commercio dello stesso farmaco originale e non viene neppure richiesta quando:

- la domanda di autorizzazione all'immissione in commercio del generico sia presentata dal titolare (o suo licenziatario) della specialità medicinale originale a brevetto scaduto;
- la via di somministrazione e le specifiche della specialità medicinale rendano le variazioni di composizione quali-quantitative irrilevanti rispetto alla biodisponibilità ;
- i metodi di fabbricazione e di officina di produzione siano identici.

Negli studi di bioequivalenza si calcola la "bioequivalenza media". Questo criterio è adatto a verificare le caratteristiche biofarmaceutiche e la qualità media di un prodotto farmaceutico in confronto ad un altro di riferimento. La bioequivalenza media non considera:

- la varianza attorno ai valori medi (bioequivalenza di popolazione)
- la equivalenza della risposta alle due formulazioni nei singoli soggetti (bioequivalenza individuale)

I test di bioequivalenza sono eseguiti tra il singolo prodotto generico ed il prodotto *brand*.

Questa situazione non garantisce che due o più generici dello stesso *brand* siano tra loro bioequivalenti. Per esempio, supponendo che un generico abbia una biodisponibilità (*AUC*) +15% ed un secondo generico una biodisponibilità –15%; entrambi sono bioequivalenti rispetto allo standard che imitano, ma non sono tra loro bioequivalenti.

Il confronto diretto non è possibile, in quanto i medicinali equivalenti sono confrontati unicamente con il medicinale *originator*, e così l'interscambiabilità fra equivalenti è solo supposta. Questo problema non è stato ancora affrontato in Italia, a differenza degli Stati Uniti, dove il file Orange Book del ***Red Book*** viene periodicamente aggiornato, riporta i raggruppamenti dei generici omologhi per caratteristiche farmacocinetiche, indicando per ogni generico quali altri prodotti possano sostituirlo.

Esiste una lacuna nella Linea Guida EMEA riguardante la mancata definizione dei singoli farmaci e/o delle classi di farmaci a ristretto indice terapeutico. Per questi farmaci, piccole variazioni di biodisponibilità tra il medicinale originale di marca ed il generico possono comportare sensibili variazioni di efficacia e sicurezza.

Pertantosi ritiene opportuno quanto suggerito in *SIF quaderni 25 marzo 2011,* ossia un allineamento alle prese di posizione che ci sono già state sull'argomento da parte di alcune agenzie regolatorie come quella danese, che, ai fini della sostituibilità, ritiene necessario un margine ristretto (90-111% per AUC e Cmax) per le seguenti categorie di farmaci:

immunosoppressori, antiepilettici(escluse le benzodiazepine), antiaritmici, antidepressivi triciclicied inoltre aminofillina/teofillina e warfarin.

Quanto alle altre agenzie, sia quella canadese sia la FDA affrontano la problematica dei NTID, ma al momento non esiste un elenco condiviso di NTID con i relativi intervalli di accettabilità.

Sostituibilità in farmacia, riferimenti normativi: *Legge 405/2001; Legge n.405 del 16.11.2001 di conversione del Decreto Legge n. 347, pubblicata in Gazzetta Ufficiale in data 17.11.2001; Legge 178/2002*

I punti salienti sono due:

- la spesa sanitaria a carico dello Stato non viene influenzata sia che il medico prescriva un farmaco di marca a brevetto scaduto sia che prescriva il farmaco equivalente corrispondente. Le due leggi, infatti, stabilendo di fatto una quota fissa rimborsata dal SSN (corrispondente al prezzo più

basso del farmaco in questine) non legano la spesa pubblica al tipo di farmaco prescritto. Il costo maggiore è a carico del paziente, qualora questo decida di scegliere il farmaco di marca eventualmente prescritto dal medico curante.

- Il ruolo del farmacista è molto chiaro. Il farmacista non ha alcuna "discrezionalità", è sempre il cittadino che sceglie di ricevere l'eventuale equivalente a minor prezzo. Il farmacista deve solo renderne nota l'esistenza, per poi rimettersi alla decisione del paziente; tranne quando il medico scrive sulla ricetta la dicitura "non sostituibile". Il farmacista dovrebbe (a nostro parere!) proporre la sostituzione solo quando il medico scrive sulla ricetta il nome scientifico di una molecola, ma quando il medico prescrive il nome di un farmaco ben preciso dovrebbe essere dispensato solo quello. Ad es. se il medico scrive "Amlodipina", il farmacista sentito il parere del paziente consegna quello a minor prezzo. Ma se il medico prescrive Amlodipina Brand o Amlodipina Pinco o Amlodipina Pallo ecc. il farmacista dovrebbe consegnare ciò che è stato prescritto, perché questo è manifestato in modo chiaro dal medico curante.
- La bioequivalenza è sufficiente a predire la equivalenza terapeutica?

La BE di popolazione non fornisce alcuna informazione circa la probabilità che la risposta del singolo paziente a due formulazioni sia equivalente. Per poter fare questa previsione occorre stimare la BE individuale. La biodisponibilità individuale si configura, dunque, come il criterio fondamentale per poter applicare la norma della sostituibilità tra formulazioni nel corso di un trattamento in atto, senza pregiudicare il profilo terapeutico e di sicurezza ottenuti con la prima formulazione.

- Indicazioni terapeutiche diverse e non complete
- I rischi nascosti nella sostituzione:

1. Ansia ed insicurezza del paziente;
2. Riduzione della compliance;
3. Aumento del lavoro di informazione e counselling del medico e del farmacista;
4. Rischio di reazioni avverse da "nocebo";
5. Rischio di reazioni avverse da inequivalenza terapeutica intrasoggetto;
6. Necessità di creare un'immagine positiva al farmaco generico ed all'azienda farmaceutica.

Gruppo SNAMI a Massa Lubrense

Scuola Quadri a Montecatini

Vicesegretario Nazionale Snami

CONTINUE, IMPERTERRITE ED OSTINATE VIOLAZIONI DELLA PARTE PUBBLICA DEGLI ELEMENTARI DIRITTI SINDACALI

Salvatore Santacroce

L'annosa vicenda inizia quando il segretario nazionale di una nota associazione sindacale, a fronte di un orario di servizio (che non contesta) di 20 ore mensili, chiede il rimborso di un numero di ore variabile dalle 120 alle 180 ore mensili facendo riferimento alle ore sindacali, previste dall'art. 21 dell' ACN, quale contributo agli oneri della sostituzione.

La ASL rifiuta di pagare tale numero eccessivo di ore che moltiplica da sei a nove volte quelle dichiarate di servizio, ed il segretario nazionale dell'associazione cita in giudizio la asl per condotta antisindacale.

Il Giudice, con provvedimento n. 4627/2012 del 16 luglio 2012, rigetta il ricorso decretando che: "*...l'onere economico derivante dalla sostituzione del medico convenzionato titolare di incarico sindacale, nel caso di specie, non può essere rapportato ad altro che all'orario di servizio contrattualmente previsto ed al numero effettivo di ore di sostituzione...".*

E che: "*...nessun comportamento lesivo di prerogative sindacali appare addebitabile all'-amministrazione convenuta la quale ha recepito il contestato pare di SISAC citato e non ha corrisposto le somme richieste dal rappresentante della o.s. ricorrente per le sostituzioni nell'entità indicata".*

È del tutto evidente che il Giudice ha sancito che vi è un onere economico a carico della Pubblica Amministrazione ma che il numero di ore rimborsate non può essere superiore al numero di ore di lavoro svolto. La SISAC, con comunicazione del 5 settembre 2012, indicava agli assessorati regionali alla Sanità, che il compenso del sostituto doveva essere a carico del Sindacalista sostituito, secondo la propria (fantasiosa) interpretazione di quanto sancito dal Giudice.

Lo SNAMI contestava subito l'erronea interpretazione ed invitava la SISAC a rivedere tale erronea indicazione al fine i evitare inutili e costosi contenziosi legali, per tutelate l'ovvio diritto alla rappresentanza sindacale che, privata ingiustamente dei fondi previsti dall' ACN, sarebbe ostacolata.

La SISAC ignorava la richiesta provocando finora nove procedimenti contro asl che hanno applicato le sue direttive,riportando nove condanne per condotta antisindacale. Tutte le sentenze finora emesse hanno sottolineato che l'interpretazione da parte della SISAC, e delle Regioni che si sono adeguate, della prima sentenza sopra citata, è erronea.

Malgrado ciò, alla richiesta del Presidente Nazionale SNAMI alla SISAC, di prendere atto della erroneità della citata interpretazione, la SISAC, con comunicazione del 12 febbraio 2014, risponde: "*...le confermo pertanto, che permangono allo stato le motivazioni di ordine giuridico ed istituzionale che hanno condotto alla comunicazione alle Regioni, avvenuta con nota prot. 738 del 5 settembre 2012."* È del tutto evidente che questo configuri un attacco, in totale malafede, al diritto alla tutela sindacale della Categoria.

Lo SNAMI reagirà perseguendo ulteriori vie legali nei confronti della SISAC, e delle Regioni che dovessero continuare ad applicare le sue erronee direttive, fino ad ottenere giustizia.

Purtroppo il fatto che mai i responsabili di ingenti sprechi di denaro della collettività paghino di tasca loro, rende davvero difficile far valere i propri diritti. Per completezza segnaliamo anche che una recente sentenza de Tribunale di Ravenna, respinge il ricorso di un sindacalista della stessa associazione che ha provocato, con richieste improprie, questa catena di eventi, sottolineando che "*Non è in discussione l'entità del compenso, la determinazione o la misura. E in discussione l'entità delle ore da rimborsare al sindacalista".*

Questo sindacalista chiedeva il rimborso di un numero di ore forfetario e non corrispondente, ovviamente in eccesso, al n. di ore di sostituzione ricevuto.

Speriamo che l'associazione sindacale che ha generato questo problema la smetta di cercare di ottenere più di quanto sia dovuto, permettendo ai Sindacati che chiedono solo quanto dovuto, di ottenerlo, evitando di generare ulteriori interpretazioni di comodo.

Vicesegretario Nazionale Snami

Nino Grillo

RIORGANIZZARE NON VUOL DIRE RIFONDARE, *COME VORREBBE QUALCUNO*, PERCHÈ UNA RICOSTRUZIONE POST SMANTELLAMENTO SAREBBE IRREALIZZABILE SENZA ADEGUATI FINANZIAMENTI: NON ESISTONO INFATTI RIFORME A COSTO ZERO O PAGATE DAI MEDICI.

Riorganizzare non vuol dire rifondare, come vorrebbe qualcuno, perchè una ricostruzione post smantellamento sarebbe irrealizzabile senza adeguati finanziamenti: non esistono, infatti, riforme a costo zero o pagate dai Medici.

La nostra sanità un tempo era tra le migliori al mondo – nel 2000 fu classificata al secondo posto dall'Oms – ma negli ultimi anni ha perso parecchi colpi.

Un fatto è evidente: i costi sono crescenti, perché la popolazione aumenta e invecchia, mentre le risorse a disposizione sono sempre di meno. Pertanto se la domanda sale, anche a parità di finanziamenti, cosa peraltro impossibile, il sistema collassa.

È giusto quindi dire che il sistema vada riformato. Già, ma come? Qui nascono le diverse interpretazioni sulle parole del presidente del Consiglio. Cosa significa "trovare nuove forme di finanziamento del Ssn"? Si tratta di tasse?

Credo questa una strada non percorribile, perché siamo già pesantemente tartassati. Un'altra ipotesi – però è una mia supposizione – è la forte spinta verso le assicurazioni private. Se così sarà, il sistema cambierà radicalmente e potrebbe diventare molto simile a quello americano: cure di base ed essenziali,spesso scarse, a chi ha i redditi più bassi, servizio di qualità a chi invece ha la possibilità di investire in una assicurazione privata. Altre modalità di finanziamento non ne vedo (a parte la tassazione crescente sui redditi più alti). Con le assicurazioni più o meno obbligatorie, l'universalismo delle prestazioni – pietra fondante del Ssn – verrebbe a mancare.

Alcune forze politiche hanno lanciato un grido d'allarme – senza peraltro far riferimento alle assicurazioni – dicendo che bisogna trovare i fondi per sostenere la Sanità. Ma se i malati di Sla e quelli con altre patologie gravissime vengono costretti a scendere in piazza con le loro carrozzine e i loro letti di dolore per riuscire a ottenere i fondi per l'assistenza domiciliare (e non è detto che li otterranno), dubito che, ad oggi, ci siano i soldi per salvaguardare la qualità dell'intero Ssn.

Tuttavia altri percorsi sono possibili, in primis la razionalizzazione delle spese. E di pari passo la lotta agli sprechi. Senza dimenticare il fiume di soldi che se ne va nella corruzione, sport di gran moda nel nostro paese.

Non parliamo di bruscolini, bensì di miliardi di euro. Purtroppo negli ultimi anni, nonostante quanto detto e scritto una infinità di volte, questi semplici interventi correttivi non sono mai stati messi in atto. Perché in tante, in troppe Regioni, una certa politica ha voluto mantenere in piedi un sistema corrotto e clientelare.

Oggi però lo stato di necessità induce a intervenire energicamente per risparmiare. Non ci sono alternative: o si trovano i soldi da settori non strategici, o si risparmia e si taglia cercando di non smantellare il Ssn, o si introducono nuove tasse per i redditi più alti, oppure le assicurazioni private la faranno da padrone.

Ma questa è la strada meno felice, come dimostra la storia della sanità statunitense. Premesso che l'obiettivo deve essere quello di preservare il più possibile l'universalità, l'equità e la gratuità del SSN, è un dato di fatto che il sistema sanitario nazionale attualmente soffra della contrazione di risorse destinate alla sanità e dei tagli che negli ultimi anni hanno colpito il comparto.

Resto tuttavia convinto che la sostenibilità sia ancora possibile senza grandi sconvolgimenti, portando a termine la revisione dei Lea, cassando i livelli essenziali ormai obsoleti e con una lotta seria all'inappropriatezza. Il tutto consentirebbe notevoli risparmi. Un'operazione di revisione dei Lea potrebbe suddividerli in diversi tronconi, garantendo gratuitamente a tutti soltanto quelli essenziali, prevedendo per quelli mediamente necessari una qualche forma di copayement da parte delle fasce medio-alte ed esenzione per i ceti bassi.

Decisiva per la sostenibilità, resta la lotta all'inappropriatezza medica: occorre prevedere la definizione di un corretto percorso diagnostico e terapeutico per le diverse patologie croniche, in modo da rendere impossibili gli abusi e la ripetitività ingiustificata degli esami clinici e prestazioni specialistiche.

Tesoriere Nazionale Snami

AUTOREFERENZIALITÀ E CONFLITTO DI INTERESSE: I MALI DEL NOSTRO SSN

Pasquale Orlando

Da qualche tempo sono apparsi degli articoli che hanno trattato della crisi del "San Raffaele" di Milano e di come sia stata fatta un' opera di risanamento dei conti dell'importantissimo IRCCS meneghino da parte del nuovo amministratore.

Si parte da questa encomiabile azione di risanamento per sottolineare che, volendo, senza stravolgere il SSN, così come lo conosciamo, usando lo stesso metro si potrebbe risparmiare fino al 25% dell'intera spesa sanitaria (equivalente di una manovra finanziaria.

L'esempio appare molto interessante, ma il metodo "San Raffaele", esteso al SSN, globalmente inteso, sconta, a mio avviso e come al solito, la mancata volontà di aggredire il "vizio di nascita" nel nostro SSN, "vizio" che si sostanzia fondamentalmente in due aspetti precisi, che tutti conoscono, ma che vengono ignorati il più delle volte in malafede per precisi interessi e che, insieme, rendono ragione della situazione a cui siamo giunti.

Parlo della **autoreferenzialità** e **del conflitto di interesse**. L' autoreferenzialità è comune a tutti i sistemi sanitari finanziati attraverso la fiscalità generale (sistema "Beveridge") in cui lo stesso Ente erogatore del servizio è, al tempo stesso, programmatore, gestore e controllore.

Le nostre Regioni infatti programmano, nella cornice del piano sanitario nazionale, la strutturazione dei loro servizi sanitari regionali, stabiliscono le regole, gestiscono i servizi e dovrebbero controllarne gli effetti in termini di risultati ed efficacia della spesa.

Va da se che in qualsiasi sistema economico se chi controlla gestisce anche le prestazioni, sarà difficile, per non dire impossibile, ottenere una seria revisione degli errori e degli sprechi. La differenza è che, nel privato, il sistema fallisce, mentre nel pubblico si provocano solo disservizi e nuovo debito pubblico, visto che il pubblico non può fallire.

Si finisce così con il penalizzare la buona sanità incidendo profondamente non solo sulla fiscalità generale, che aumenta, e direttamente sulle tasche dei cittadini. È infatti dimostrato che gli italiani spendono al di là dei fatidici 107 miliardi di euro del finanziamento pubblico della sanità, anche qualcosa come circa 30 miliardi di euro (cosiddetta spesa "out of pocket") per il ricorso alla sanità privat.

Logico sarebbe come prima regola separare il momento programmatorio (politico) da quello gestionale e da quello dei controlli. Controlli che dovrebbero essere "indipendenti" e fatti da organismi con potere sanzionatorio effettivo e che non rispondano alla politica, ma, semmai ai cittadini attraverso altri percorsi.

Il conflitto di interesse è ancora più cogente e si intreccia con l'autoreferenzialità in una sorta di interdipendenza, che produce il corto circuito perverso in cui ci troviamo. Parliamo, infatti, del conflitto di interesse fra la "politica" ed il "sistema".

Se la programmazione è fatta dal livello politico, come si conviene in uno stato democratico, e la gestione, avviene tramite nomine che vengono fatte a livello politico, sorge spontanea la domanda: potrà mai essere fatta una legge che sottragga seriamente alla politica il controllo del sistema?

Scontata la risposta. Rieccoci, quindi, al punto di partenza. In assenza di separazione fra momento programmatorio e quello di controllo e gestione, difficilmente si potrà agire come ha fatto la nuova amministrazione del San Raffaele per ridurre il costo complessivo dell'SSN, senza perdere ulteriori punti in termini di efficienza del sistema.

Allora, se le cose restano così come le conosciamo, si continuerà ad incidere con tagli lineari, pur di non intaccare interessi consolidati che non sono esattamente funzionali al cittadino, con buona pace delle, pur legittime, dichiarazioni di soddisfazione del Ministro della Salute in merito ai mancati tagli dell'ultima manovra di stabilità.

Da quello che si vede e si sente, permettetemi di non essere molto ottimista. Ci sarebbe bisogno di una classe politica capace di incidere su questi due punti nodali (autoreferenzialità e conflitto di interesse) avendo come punto di riferimento l'interesse del cittadino malato.

Ma all'orizzonte purtroppo non si scorge, neanche in lontananza, una classe politica che abbia come caratteristica portante almeno il buon senso.

Domenico Salvago

Innovazione, rifondazione e nuove cure territoriali?

NEANCHE PER SOGNO!

Alla fine della fiera una serie di giri e giretti per cercare di "raggirare" i Medici e tagliare i loro stipendi del 30-40%.
***Correi* & *correi* con gli interessi più svariati ma in cordata comune.**

PENSIERI DI UN MEDICO DI FAMIGLIA TRA UN ASSUNTO E UNA RIFLESSIONE

ASSUNTO: All'oggi il cittadino ha un solido riferimento professionale indipendente e autonomo per una cura fondata sul rapporto personale medico-paziente in cui l'esperienza professionale del curante è importantissima nel coniugare la valutazione delle problematiche cliniche di quel soggetto con un'approfondita conoscenza del suo vissuto personale, del suo particolare contesto familiare, ambientale e sociale.

RIFLESSIONE: Condivido.
Allora mi chiedo perchè non continuare questo percorso consolidato nel tempo,magari migliorandolo? Invece si pensa di indirizzare il rapporto del paziente verso la struttura mentre adesso è principalmente rivolto al medico. **Per interesse di chi?** Dei pazienti no di certo perché andrebbero solo a perdere il rapporto diretto con i propri curanti. Dei Medici, dei quali verrebbe stravolto il lavoro e la professionalità basata sul peculiare rapporto duale con il paziente, e dovrebbero lavorare di più e male e guadagnando di meno?

Certamente no. **Di chi allora?** L'interesse è di una sorta **quadrumvirato** ben consolidato formato dai **burocrati**, dalla **politica**, dall'**alta finanza** e dai **falsi difensori** della categoria. Tutti hanno l'obiettivo comune, anche se per motivi differenti, di stravolgere un sistema che funziona, che è molto apprezzato dai pazienti e che è il fiore all'occhiello del sistema sanitario nazionale.

I burocrati sono certa parte pubblica che finalmente smetterebbe di "subire" il rapporto con i medici, adesso liberi e che loro vorrebbero sottomessi, che richiamano quotidianamente chi dovrebbe coordinare e gestire il sistema ed invece dimostra irresponsabilmente incapacità ed ignoranza.

I politici sono quelli che hanno portato l'Italia al default attuale. Tutti uguali? Quasi tutti. Sono quelli che ambiscono ad avere il territorio ancora di più come propria riserva di consensi e quindi di gestirlo totalmente.

L'alta finanza poi perchè non dovrebbe contribuire alla delegittimazione del sistema sanitario pubblico per fare poi business con assicurazioni private e mutue integrative? Da ultimo i falsi difensori della categoria e che dovrebbero rappresentarla.

Qualsiasi medico di Medicina generale può individuare "i buoni e cattivi". E allora al di la dei proclami e dall'essere fuorviati da certa stampa di settore di parte, basterebbe un semplice esercizio mentale facendo due più due. Lo Snami non vuole riaprire le trattative di un contatto in perdita economica con maggiori oneri lavorativi ed è per la autonomia del medico di medicina generale che non ha bisogno di un "capetto" per essere coordinato nella sua professione.

Da ciò si evince che il medico di medicina generale deve conservare una forte autonomia ed indipendenza per poter curare meglio il suo paziente. Chi non vuole ciò?

ASSUNTO: Attualmente le nuove tecnologie informatiche e della comunicazione possono dare un contributo ad un cambiamento che è quasi obbligatorio.

Il tutto può servire perché una migliore e veloce interazione e comunicazione dei dati del paziente snellisca il lavoro dei medici e contribuisca ad una migliore assistenza ai pazienti.

Potrebbe esserci però il rischio che qualcuno forzi il sistema in tal senso e possa far venire meno la riservatezza, senza la quale non si può intraprendere alcun percorso diagnostico terapeutico degno di questo nome. In buona sostanza, in nome della condivisione dei dati, si indirizza il rapporto verso la struttura.

RIFLESSIONE: Condivido.
C'è il rischio di una deriva verso una sorta di ospedalizzazione della medicina territoriale facendola diventare una brutta copia di un sistema che viaggia

secondo la falsa riga delle procedure tipiche dell'ospedale e della medicina specialistica, cioè percorsi granitici, standardizzati, codificati e comunque rigidi.

Viceversa la medicina della famiglia è basata sull'ascolto in un rapporto duale con il malato. La sostituzione del rapporto medico-paziente con il rapporto paziente-struttura oltre che essere perdente per la qualità della assistenza, rischia di essere più onerosa per le magre casse dello Stato visto l'aumento delle richieste di quella minoranza di pazienti che già oggi "consuma la maggior parte delle risorse" e di quella frangia di assistiti che quotidianamente cerchiamo di frenare nella loro corsa compulsiva al consumo di farmaci, esami di laboratorio e consulenze specialistiche.

ASSUNTO DELL'ATTO DI INDIRIZZO:
AFT e UCCP obbligatorie

RIFLESSIONE: Le prime virtuali se non in qualche eccezionale ed isolata realtà ma reali nel farci diminuire da subito lo stipendio e le altre ancor di più "teoriche", per non dire "oniriche" perché non finanziate e quindi destinate al fallimento.

ASSUNTO DELL'ATTO DI INDIRIZZO:
Adozione di eventuali forme di finanziamento a budget.

RIFLESSIONE: che sarà sempre più basso per la situazione di povertà italiana e in nome del risparmio si arriverà a tagliare anche l'assistenza essenziale di base.

ASSUNTO DELL'ATTO DI INDIRIZZO:
Presenza di un coordinatore.

RIFLESSIONE: Abbiamo bisogno di "capetti" prezzolati che vadano a concordare il budget di livello di spesa con la asl per ricordarci quotidianamente di risparmiare?

ASSUNTO DELL'ATTO DI INDIRIZZO:
Territorio con ospedali di comunità a bassa intensità assistenziale a gestione infermieristica.

RIFLESSIONE: È folle solo ipotizzare che, nel momento in cui si stanno faticosamente chiudendo piccoli ospedali, spesso figli della lottizzazione dei politici locali, si pensi a piccole strutture che non si sa da chi dovrebbero essere finanziate e addirittura gestite dagli infermieri.

ASSUNTO DELL'ATTO DI INDIRIZZO:
Tutti i livelli negoziali senza oneri per la finanza pubblica.

RIFLESSIONE: "senza soldi puoi comprarti un panino"?

ASSUNTO DELL'ATTO DI INDIRIZZO:
Assistenza 7 giorni su 7 per 24 ore con lo scopo di ridurre l'accesso ai servizi sanitari di 2° e 3° livello.

RIFLESSIONE: L'assistenza 24 ore su 24 esiste già adesso ed è erogata dai medici di famiglia, dalla guardia medica e dal 118. Se esiste un accesso improprio ai servizi di 2° e 3° livello i motivi sono altri e non dipendono da noi.

ASSUNTO DELL'ATTO DI INDIRIZZO:
Le regioni entro 6 mesi sospendono gli incentivi per le vecchie associazioni, per il personale, indennità informatica etc... etc...) per finanziare le nuove associazioni (aft e uccp).

RIFLESSIONE: Siccome attualmente, sempre per carenza di fondi, i finanziamenti sono sottodimensionati e sono parte integrante del nostro onorario, il risultato sarà una scadenza temporale certa per il taglio dei nostri emolumenti in cambio dell'impossibilità a procedere per mancanza di fondi.

ASSUNTO DELL'ATTO DI INDIRIZZO:
se non si fa l'accordo regionale in 12 mesi l'air vecchio viene sospeso.

RIFLESSIONE: L'arma istituzionalizzata per le regioni per non fare un nuovo accordo e sospendere il 30% degli stipendi dei medici.

ASSUNTO E RIFLESSIONE FINALE.
Innovazione, rifondazione e nuove cure domiciliari? Neanche per sogno! Alla fine della fiera una serie di giri e giretti per cercare di "raggirare" i Medici e tagliare i loro stipendi del 30-40%.
Correi & correi con gli interessi più svariati ma in cordata comune.

Responsabile Nazionale Snami Assistenza Primaria

Filomena Di Benedetto

IL TERRITORIO GIÀ ORGANIZZATO PUÒ TRAINARE VERSO IL CAMBIAMENTO. NON PERÒ A COSTO ZERO E SENZA AVERE UN RUOLO PORTANTE.

Coinvolgere i Medici nella gestione di problematiche non legate esclusivamente ad un aspetto clinico è stato da sempre un obiettivo di tutti i politici, che da vent'anni e più si sono occupati di sanità.

La complessità crescente del ruolo della medicina generale e le svariate attribuzioni professionali che la investono hanno determinato la necessità di un potenziamento organizzativo. I cambiamenti, anche quelli annunciati, però non corrispondono ad una erogazione di una migliore assistenza al cittadino.

Nasce l'osservazione che il miglioramento qualitativo dell'-assistenza sanitariano, non è solo una migliore qualità clinica, ma anche una migliore qualità organizzativa, gestionale ed amministrativa con conseguente maturazione di competenze che però spesso, all'italiana, vengono tradotte in un aumento di burocrazia,già adesso insostenibile.

La qualità nell'odierna medicina generale dovrebbe corrispondere alla migliore qualità possibile delle cure, con le risorse sempre più esigue attualmente disponibili. Nella ristrutturazione della medicina generale compaiono nuovi temi: ottimizzazione delle risorse governance, appropriatezza, organizzazione, funzionale,gestione ottimale del territorio, progettualità strategica, condivisione gestionale e tanti altri, affiancati dagli storici: verifiche e controlli, verifica della spesa,costi diretti e/o indiretti, partecipazioni obbligatorie etc... Sono tematiche condivisibili solo in parte e molto poco o per niente quando solo finalizzate esclusivamente al risparmio e a finanziare scelte e decisioni sempre più spesso inappropriate, anche perché se fossero di reale supporto alla medicina del territorio e fossero sostenute da finanziamenti reali,oggi saremmo sicuramente in una condizione diversa.

Lo tzunami burocratico-amministrativo che si è abbattuto sul MMG ha richiesto anche come momento difensivo la condivisione di una strategia operativa, che si è concretizzata nelle forme associative della A.P. (medicina di rete, medicina in gruppo, etc.) che complessivamente funzionano bene.

Con il nuovo ACN sarà obbligatoria la costituzione di AFT e UCCP entro sei mesi dalla stipula del contratto che costituiranno le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta ed in cui dovrebbero "confluire" tutte le attuali forme associative realizzate nelle varie regioni.

L'obiettivo "sulla carta" è quello di garantire un'assistenza di primo livello accessibile al cittadino senza limite di tempo,un'assistenza territoriale estesa ad interventi diagnostici di base e di gestione integrata con gli specialisti, in un'ottica di" presa in carico" del paziente.

Di contro concretamente i problemi sono tanti ma soprattutto è difficile pensare che a costo zero si possano finanziare nuove aggregazioni e che certamente non potranno essere i Medici a garantire la copertura economica.

Il tutto anche se in carenza cronica di risorse, la medicina generale ha sempre risposto positivamente alla riorganizzazione complessiva operata, fin dal D.Lvo.502/92 e successive modifiche e integrazioni, fino all'attuale ACN 2009.

È stato effettuato uno sforzo notevole da parte di tutti i medici,sindacati e cooperative, ma purtroppo dobbiamo registrare una puntuale lentezza amministrativa delle regioni e delle ASL, che sfocia quasi sempre in incapacità di gestire il cambiamento.

L'unica preoccupazione della parte pubblica sembra quella di assumere posizioni di "controllo" e "vigilanza" e di dimostrare esasperatamente una efficienza inesistente perché da sempre orfana di una programmazione condivisa e concertata. Bisogna che l'istituzione guardi realmente al territorio, soprattutto a quello già organizzato, che ha già ottimizzato le risorse, determinando risparmio.

Al momento i profitti non hanno avuto la giusta riallocazione, anzi è aumentato il costo dei "fattori di produzione", grazie al travaso burocratico effettuato negli studi dei medici. Noi Snami vogliamo affrontare da protagonisti la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, ne abbiamo titolo, e vorremmo vederne riconosciuto anche il merito!

Responsabile Nazionale di Snami C.A.

UNA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE CON RUOLO CARDINE NEL NUOVO ASSETTO SANITARIO TERRITORIALE

Giancarmelo La Manna

In questo momento di incertezza per il sistema sanitario nazionale è indispensabile una forte integrazione tra le varie componenti sanitarie che operano sul territorio. La realizzazione di tale obiettivo secondo il settore della Continuità Assistenziale SNAMI non può prescindere da una chiara e precisa definizione dei compiti e del ruolo dei medici di CA. Il comparto deve essere potenziato ed assumere ancora più le caratteristiche di indispensabile filtro tra cittadino e strutture territoriali di primo e secondo livello ed essere ancora di più un pilastro portante dei programmi regionali dei servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie. Tra i nuovi compiti anche gli screening, la prevenzione delle malattie, le vaccinazioni, la medicina fiscale e la medicina scolastica ,in un ruolo con maggior sfaccettatura rispetto all'attuale che ci deve portare ad essere protagonisti nel territorio al fine di garantire, con attività distrettuali e territoriali, la continuità dell'assistenza sanitaria nelle 24 ore, con la presa in cura dell'utente, l'organizzazione di attività sanitarie territoriali e la verifica di processi sanitari e sociali per il mantenimento dello stato di salute del cittadino. È pertanto opportuno prevedere oltre ai presidi già presenti sul territorio anche la formazione di presidi territoriali di assistenza o ambulatori distrettuali (PTA), in cui attraverso i Punti di Primo Intervento (PPI gestiti dai medici di CA), secondo le diverse potenzialità del contesto locale, con l'integrazione degli specialisti ambulatoriali e degli infermieri e sistemi di diagnostica essenziale, i medici di medicina generale daranno un livello di risposta più adeguato ai fabbisogni di assistenza sanitaria dei cittadini. Le varie figure professionali opereranno nel rispetto delle proprie competenze e con pari dignità. Positive in tal senso le esperienze in Lombardia dove da qualche anno sono presenti ambulatori distrettuali aperti nei giorni prefestivi e festivi gestiti dalla CA e dai medici di AP e inoltre nei feriali gestiti solo dai medici di CA dalle 20.00 alle 24.00. Interessante anche l'esperienza Siciliana, in particolare nella provincia di Messina, dove dal 2010 si sono costituiti gli ambulatori distrettuali aperti i giorni feriali 8.00-20.00 e prefestivi 8.00 -10.00 gestiti dai medici di Continuità Assistenziale, in attività di plus orario (sei ore settimanali per medico) in integrazione con gli specialisti ambulatoriali e con l'emergenza Territoriale. Pensiamo sia utile l'instaurazione del ruolo unico inteso come accesso unico e poi passaggio diretto da un settore all'altro della medicina generale,mediante la valutazione dell'anzianità di servizio (ad esempio almeno 5 anni di titolarità in CA) e senza ripassare dalla graduatoria Regionale. Quanto sopra deriva dalla considerazione che oggi vi sono ancora medici precari ormai avanti con l'età e che l'attività di A.P. e quella di C.A. sono affini, per cui è incomprensibile che un medico di C.A., quindi già titolare di convenzione per la Medicina Generale, debba riconcorrere l'assegnazione di una zona carente di A.P. facente parte della stessa area. È necessario che il Medico di continuità assistenziale arrivi ad ottenere il tempo pieno con passaggio dalle attuali 24 ore settimanali a 38 ore con il completamento dell'orario in attività diurne feriali al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutto l'arco della settimana. Non meno importanti da ottenere le tutele assistenziali come le ferie o riposo psico-fisico e l'anticipo di emolumenti da parte dell'ASP in caso di infortunio sul lavoro lavoro e malattia così come una migliore normativa per la ricollocazione del medico non idoneo ai compiti propri della CA (art.73 comma 4 A.C.N.). Lo Snami inoltre è particolarmente sensibile alle tutele professionali, come la sicurezza nelle sedi di lavoro per prevenire episodi di violenza che possono verificarsi durante il servizio, l'indennità per zone disagiate, come le isole minori, comunità montane con riconoscimento anche del rimborso delle spese di viaggio. Da questi punti si ripartirà nei prossimi incontri di settore per tracciare un nuovo modello SNAMI di organizzazione del territorio per la CA., ormai divenuta un servizio territoriale essenziale per la sanità pubblica e dare inoltre più' dignità, stabilità e sicurezza contrattuale ed economica ai medici che vi operano.

Responsabile Nazionale SNAMI EST

Vito D'Angelo

MONCA UNA SANITÀ MODERNA SENZA UNA FORTE EMERGENZA TERRITORIALE

Come Snami Emergenza siamo chiamati per mettere insieme idee nate da esperienze di varie realtà locali, provinciali e regionali, facendo il punto su gli anni trascorsi, per programmare insieme un innovativo documento programmatico che parta dalle criticità vissute e rilanci il mondo dell'EST e della medicina del territorio.

Il fine è creare una squadra coesa che attraverso un tavolo di lavoro permanente partorisca un'idea condivisa che sarà la base della nostra prossima contrattazione. Il tutto per essere protagonisti di una svolta innovativa che parta dal consolidamento delle basi tecniche dei nostri servizi, per condividere le linee d'indirizzo sanitario e per rendere il più possibile omogenea la Rete Nazionale dell'Emergenza Territoriale.

Abbiamo creato e proposto e stiamo consolidando progetti di rete che si avvalgano delle innovazioni in campo telematico ed informatico per le indagini strumentali di primo livello al fine di limitare corse inutili nei Pronto Soccorso.

Inoltre abbiamo contrastato la macroscopica ed estrema disomogeneità strutturale, organizzativa e gestionale del sistema emergenza in ambito nazionale, regionale e aziendale, e dettato idee e ricette per tirare fuori la permanente fetta di precariato medico al fine di evitare ulteriori iniquità e restringimenti, che penalizzano il professionista. Ci siamo adoperati per la necessità di offrire e ricevere la necessaria collaborazione con gli altri attori del Sistema Sanitario che non può e non deve prescindere da una puntuale definizione di un sistema omogeneo, un linguaggio chiaro e comune, basato sull'esaltazione della multidisciplinarietà che deve dare il meglio per definire in sicurezza i percorsi del malato attraverso tutte le fasi territoriali e ospedaliere, facendo i conti con l'efficienza ma anche con l'efficacia in un momento di contrazione delle risorse economiche.

Quindi un programma nuovo fatto di esperienze vissute per ridisegnare una nuova sanità del territorio attraverso il superamento delle criticità attuali figlie anche della disomogeneità contrattuale. Solo allora, preso atto della fotografia attuale, la politica nazionale avrà il compito di dare omogeneità, chiarezza al sistema ed identità specifica .

Sta a noi di contro l'onere di far recepire i nostri progetti per ridisegnare una rete dell' Emergenza territoriale innovativa culturalmente evoluta, capace di fungere da filtro nei confronti del P.S., in collaborazione con l'assistenza primaria con la Continuità Assistenziale e tutte le forze lavoro che attualmente sono sul territorio in un naturale e giusto equilibrio per il processo di integrazione dello stesso con l'Ospedale.

La nuova contrattazione deve avere un orientamento normativo che miri alla certezza e alla visibilità professionale, che sia semplice, lineare, con l'applicazione di normative definite che assicurino la parità contrattuale dal nord al sud e mirino alla tutela professionale del MET. La garanzia per la possibilità di transito su base volontaria ad altri settori della medicina convenzionata attingendo alla graduatoria unica della stessa per soddisfare l'esigenza del ruolo unico.

Le attività di emergenza urgenza in ambito nazionale devono tendere a privilegiare modelli organizzativi aperti, che perseguano l'integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali in una logica di rete, mantenendo la propria autonomia strutturale, ma integrando la formazione, il comportamento d'azione e perseguendo linee guida sui protocolli da adottare. Solo chi lavora sul campo può attuare in concreto il cambiamento e merita di partecipare al processo decisionale per evitare il rischio, sempre presente, di proporre soluzioni teoricamente e tecnicamente corrette, ma inadatte alla pratica.

C'è molto da fare, molto da conquistare, essere attenti ad evitare di dividerci e cercare insistentemente la creazione di un tessuto connettivo coeso per essere i protagonisti di un prossimo futuro che veda il medico EST sul territorio capace di dare una sempre migliore ed adeguata assistenza sanitaria ai cittadini e che abbia un ruolo forte ed importante nello scenario sindacale nazionale per tutelare i Colleghi del proprio settore.

Responsabile Nazionale SNAMI Medicina Fiscale

Edoardo G. De Pau

MEDICI FISCALI INPS: dall'Odissea alla Tragedia Greca.

Ormai è da oltre un anno (Maggio 2013) che l'INPS ha ridotto le visite fiscali d'ufficio al 10% circa, in nome della "Spending Review" e ad una riduzione delle voci di bilancio.

In quel preciso momento è iniziata l'Odissea di circa 1400 Medici Fiscali INPS ed in particolar modo di quelli con "rapporto esclusivo" (circa 500) che si sono visti ridurre i loro emolumenti di circa il 90% perchè dal Maggio 2013 vengono assegnate poche decine di visite fiscali d'ufficio. Questo è accaduto per almeno un anno! Attualmente il carico mensile è aumentato di qualche unità. UNA VERA E PROPRIA ODISSEA!

I Sindacati Medici hanno percorso numerose rotte: quella della FNOMCEO; quella della Politica: gli emendamenti approvati a fine 2013 fino ad essere auditi dalla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati. Infine sono stati ricevuti nel Marzo 2014 dagli alti Funzionari dell'INPS (era assente l'allora Presidente Mastrapasqua) e al termine la promessa di una nuova riunione prima dell'estate (di quale anno?).

Attualmente, nei giorni scorsi, è stato presentato un D.D.L. per il comparto "Medicina Fiscale" dall'Onorevole Lenzi del PD.

Però nel frattempo siamo passati dall'Odissea alla "Tragedia Greca" dove soprattutto i Colleghi con un rapporto di lavoro esclusivo con l'INPS sono alla "canna del gas" e riescono a sopravvivere con qualche saltuario incarico provvisorio di continuità assistenziale o altro.

È vergognoso che Professionisti di oltre 50 anni siano alla fame e debbano chiedere aiuto ai loro anziani genitori (chi è ancora fortunato ad averli) o parenti e che alcuni stiano per trovarsi in mezzo ad una strada perchè non riescono più a pagare il mutuo o l'affitto di casa.

Nel frattempo l'assenteismo è in aumento e la malattia è diventata un ammortizzatore sociale per alcune aziende in difficoltà perchè ormai l'INPS ha ridotto drasticamente le visite fiscali d'ufficio e i datori di lavoro non richiedono la visita fiscale perchè a loro carico.

Una soluzione prospettata sarebbe il "Polo Unico" che sembra la terra promessa ma forse è una chimera.

VERGOGNA! Con questa manovra lo Stato (che siamo Noi) ha perso in partenza travolgendo in questo delirio i Medici Fiscali INPS.

Manifesto SNAMI e SMI al Capranichetta

Presidente Nazionale SNAMI

Angelo Testa

INTERVISTA AD ANGELO TESTA

la #sanità twitta a @matteorenzi.

Testa: "La sanità non è una riserva di caccia dei consensi dei politici" (da Q.S. del 28-4-14)

È buio il futuro per il presidente dello Snami, secondo il quale le forme di aggregazione come Uccp e Aft saranno "la fine dell'assistenza universalistica delle cure perchè non potranno che essere virtuali per la mancanza certa di fondi".

28 Aprile 2014

Ammesso che sia scongiurato per il momento il problema economico dei tagli, i problemi in sanità restano e il sindacato Snami più volte lo ha sottolineato". In particolare, secondo **Angelo Testa**, presidente nazionaleSnami, "la sanità continua ad essere gestita da direttori generali "messi lì" dalla politica e di conseguenza il più delle volte non all'altezza.

Chi non è all'altezza del compito da svolgere si circonda di elementi efficienti a "quel tipo di sistema" ed è... il cane che si morde la coda avvitandosi su se stesso. Risultato: sanità riserva di caccia per i consensi dei politici con logiche di bassa lega a scapito della programmazione e dell'attenzione ad un miglioramento dell'assistenza sanitaria".

Per quanto riguarda la Medicina generale, secondo Testa "il prossimo Acn vedrà delle forme di aggregazione forzata dei Medici come aft, uccp e case della salute che vengono già 'vendute' come la panacea per la soluzione delle difficoltà del territorio". Secondo lo Snami saranno invece "la fine dell'assistenza universalistica delle cure perchè non potranno che essere virtuali per la mancanza certa di fondi per finanziarle e nel contempo si sconvolgerà l'esistente, che oggi funziona".

Contro questo quadro, secondo Testa bisogna "provare con delle sperimentazioni e saper tornare indietro. Favorire la deospedalizzazione cioè portando del personale nel territorio, rafforzando le residenze assistenziali per anziani e migliorando le forme di assitenza domiciliare integrata come l'adi, la cui attivazione oggi vede ben 48 ore di latenza! Alla faccia della continuità delle cure!".

Per Testa "le aspettative dei pazienti per un servizio sanitario pubblico più efficiente sono le nostre e altrettanto le loro istanze sono le nostre nelle contrapposizioni quotidiane contro le ottusità di certa dirigenza asl. Non abbiamo responsabilità se i pronto soccorso sono intasati e scoppiano nei periodi di epidemia influenzale. Sono sottodimensionati e soprattutto hanno spesso funzione da 'fuori tema'.

Ci potranno essere mille filtri nel territorio e mille casa della salute ma saranno sempre più intasati. Se lei prenota un elettrocardiogramma ed una visita cardiologica e ha l'appuntamento dopo sei mesi sarà tentato oppure no,se ha solo un lieve malessere, di recarsi subito ad un pronto soccorso?

Fare sì la fila ma "ne vale la pena" se poi si esce non pagando niente o solo un ticket avendo fatto in giornata non solo l'elettrocardiogramma e la visita cardiologica, ma sicuramente una batteria di esami ematochimici, una radiografia del torace e magari una tac cerebrale?".

Esecutivo Nazionale a Montecitorio

Angelo Testa lancia la campagna del Medico non sostituibile
(dalla idea intuizione di Sergio Baglioni)

DAL 24 gennaio "GIORNATA DEL MEDICO NON SOSTITUIBILE" <Per un mese spieghiamo agli assistiti la nostra presa di posizione>.

Cara Collega e Caro Collega,
Ti ricordo che venerdì 24 gennaio 2014 ci sarà la *GIORNATA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE "NON SOSTITUIBILE"* come deciso nell'ultimo Comitato Centrale e Consiglio Nazionale e riportato sulla stampa nazionale di settore.
Si chiede di pubblicizzare l'evento attraverso i media locali e di sensibilizzare i vostri iscritti a partecipare attivamente.
Potrà essere affissa in sala d'aspetto la locandina e lavorare in ambulatorio con il badge – distintivo in evidenza appuntato sul camice.
E' l'inizio di un percorso che durerà 30 giorni sì da poter spiegare agli assistiti le motivazioni che ci hanno portato a questa presa di posizione e il pericolo per loro della possibilità di perdere il loro medico di fiducia che hanno liberamente scelto.
Potrebbe essere utile ci inviaste foto e/o filmati con interviste e considerazioni, anche da parte dei pazienti.
Confido nella partecipazione vostra e degli iscritti della vostra provincia per una buona riuscita dell'evento.
Grazie

Angelo Testa
Presidente nazionale dello SNAMI

A Novembre 2013 ci lascia Roberto Anzalone.
A quasi un anno dalla scomparsa lo Snami,
con gratitudine immutata,
ricorda il suo indimenticabile Presidente.

«GRAZIE ROBERTO!»

Un "capofamiglia" che ha sempre combattuto per la difesa dei valori di una professione liberale contro la volontà dello Stato di centralizzare e pianificare l'intero sistema sanitario.
Orgoglioso leader di un coraggioso movimento medico sindacale autonomo, paladino di tutti quei medici che hanno creduto e credono nella necessità e il dovere di difendere comunque e sempre gli ideali della loro missione.
Al suo ...***"una buona sanità la fa un buon medico"***
...potremo oggi aggiungere...***"nonostante il dilagare della malapolitica "***.
Il 24 giugno del 1977 mentre stava per risalire sulla sua vettura al termine dell'ambulatorio veniva ferito alle gambe con sette colpi di pistola sparatigli a distanza ravvicinata da un gruppo di terroristi dell'estrema sinistra. Tredici ferite, due fratture ossee rendono necessario un delicato intervento chirurgico. La prognosi fu di novanta giorni.
La sintesi del suo pensiero del **...non più uno Stato che detta le regole alla professione, ma la professione che detta le regole allo Stato ...**è sempre attuale anche oggi.
Lo stesso vale per **...non più sistemi che frenano la domanda,ma sistemi capaci di rispondere alla crescente domanda di salute, basati sulla responsabilità personale invece che sulle irresponsabilità collettive.**
Profonda tristezza in tutti Noi ma ancor di più lo sprone, anche oggi, a seguire il suo esempio.
Grazie Roberto!

VIDEO INTERVISTE AL PRESIDENTE SNAMI

Intervista del Tg5 sul progetto AUDITA dello SNAMI sulla prevenzione e terapia cardiovascolare

luglio 2014 - http://youtu.be/p5oK3cDyl1A

Intervista del Tg5 sui danni che la legge Balduzzi produrrà sui Medici di Medicina Generale

giugno 2014 - http://youtu.be/cCVgFRjX2EI

Intervista agli STATI GENERALI DELLA SALUTE

aprile 2014 - http://youtu.be/loOjprG95vA

Intervista del Tg5 sul MEDICO NON SOSTITUIBILE

gennaio 2014 - http://youtu.be/dWkm96E5cuE

Intervista del Tg5 sul MEDICO NON SOSTITUIBILE

gennaio 2014 - http://youtu.be/IzDPOygCZHg

Intervista del Tg5 sulle richieste SNAMI al Congresso di Salerno

ottobre 2013 - http://youtu.be/fdCUTU7VYWk

Intervista del Tg 5 sul Progetto Veritas

maggio 2013 - http://youtu.be/Hc2SJHMRmfU

Intervista del Tg5 sulle risorse diminuiscono e le incombenze per i medici di famiglia aumentano

marzo 2013 - http://youtu.be/jDx6S8JDy_8

Intervista del Tg5 sul rapporto tra Medici di Famiglia e pazienti anziani

dicembre 2012 - http://youtu.be/qBYumdtZ7D4

TAVOLA SINOTTICA

Giovedì 2 ottobre 2014

SEZIONE SCIENTIFICA

I temi più caldi nello studio del Medico di Famiglia

10.30 - 13.00	Programma scientifico
13.00 - 13.45	Lunch
13.45 - 17.15	Programma scientifico
17.15 - 17.30	Coffee break

SEZIONE SINDACALE

08.00 - 17.00	Commissione verifica poteri
17.30 - 19.00	Relazione del Presidente Nazionale

Cena con gli Ospiti

Venerdì 3 ottobre 2014

08.30 - 11.00	Programma scientifico
11.00 - 11.15	Coffee break
11.15 - 13.45	Programma scientifico
13.45 - 14.30	Lunch
14.30 - 16.00	Tavola rotonda
16.00 - 16.15	Coffee break
16.00 - 19.30	Programma scientifico
16.00 - 18.30	Interventi Delegati SNAMI
18.30 - 19.30	Medico Amico

Sabato 4 ottobre 2014

08.30 - 11.45	Programma scientifico
12.00 - 13.30	Interventi Delegati SNAMI
13.30 - 14.30	Lunch
14.30 - 18.00	Interventi Delegati SNAMI
18.30	Mozione finale e chiusura lavori congressuali

PROGRAMMA SINDACALE

Giovedì 2 ottobre 2014

08.00 - 17.00	Commissione verifica poteri
17.30 - 19.00	Relazione del Presidente Nazionale

Venerdì 3 ottobre 2014

16.00 - 18.30	Interventi Delegati SNAMI
18.30 - 19.30	Medico Amico

Sabato 4 ottobre 2014

12.00 - 13.30	Interventi Delegati SNAMI
13.30 - 14.30	Lunch
14.30 - 18.00	Interventi Delegati SNAMI
18.30	Mozione finale e chiusura lavori congressuali

BOARD SCIENTIFICO

Presidente:
Angelo Testa

Relatori:
Sergio Aprile, Gianfranco Breccia, Andrea Castelnuovo, Francesco Vittorio Costa, Armando De Martino, Bruno Del Prato, Giovambattista Desideri, Giovanni Mathieu, Pasquale Orlando, Fulvia Pedani, Paola Santalucia, Augusto Zaninelli

Moderatori:
Sergio Baglioni, Francesco D'Accardi, Sergio Ghezzi, Antonino Grillo, Pasquale Orlando,

PROGRAMMA SCIENTIFICO

CONTATTO & ARCHIMEDICA
AGENAS PROVIDER STD 126

Giovedì 2 ottobre 2014

I SESSIONE
Moderazione: Domenico Salvago

09.30 - 10.30 Registrazione partecipanti

10.30 - 11.00 Presentazione Congresso e relatori (A. Testa)

11.00 - 11.45 Iperuricemia nuovo marker cardiovascolare (G. Desideri)

11.45 - 12.00 Discussione

12.00 - 12.45 Valutazione del paziente ad alto rischio cvs:
rischio residuo ed orientamento terapeutico (S. Aprile)

12.45 - 13.00 Discussione

13.00 - 13.45 Light lunch

II SESSIONE
Moderazione: A. Grillo

13.45 - 14.45 Obesità e patologie correlate
Ipercolesterolemia, Ipertensione, Diabete
(G. Mathieu)

14.45 - 15.00 Discussione

15.00 - 15.45 Il dolore grave e ribelle nell'ambulatorio del MMG:
appropriatezza prescrittiva e gestione del dolore prolungato,
grave e ribelle (A. De Martino)

15.45 - 16.00 Discussione

16.00 - 16.30 Coffe break

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Venerdì 3 ottobre 2014

I SESSIONE
Moderazione: S. Ghezzi

08.30 - 09.15 Medicina di iniziativa nelle malattie croniche: opportunità e problematiche (G. Breccia)

09.15 - 09.30 Discussione

09.30 - 10.15 ASA "Acido Acetil Salicilico" e prevenzione cardio-oncologica, nuovi dati dagli studi internazionali (A. Zaninelli)

10.15 - 10.30 Discussione

10.30 - 11.15 Cefalea ed Emicrania in rosa (P. Santalucia)

11.15 - 11.30 Discussione

11.30 - 11.45 Coffee break

II SESSIONE
Moderazione: F. D'Accardi

11.45 - 12.30 BPCO: Management delle riacutizzazioni ed aderenza alla terapia (B. Del Prato)

12.30 - 12.45 Discussione

12.45 - 13.30 Malato oncologico: politerapia, effetti iatrogeni farmaco-malattia, farmaco-cibo (F. Pedani)

13.30 - 13.45 Discussione

13.45 - 14.30 Lunch

III SESSIONE

Moderazione: M. Palma
Relatori: A. Testa, A. Ricciardelli, Funzionario Polizia Stradale

14.30 - 16.00 Tavola Rotonda.
La responsabilità del medico di medicina generale nella certificazione ai fini della guida e del porto d'armi nei pazienti che assumono oppioidi nel trattamento del dolore cronico.

16.00 - 16.15 Coffee break

IV SESSIONE

16.15 - 19.30 PROVE PRATICHE a piccoli gruppi - S. Baglioni, P. Orlando
Uricemia (Concentrazione sierica di acido urico)

Sabato 4 ottobre 2014

ULTIMA SESSIONE

Moderazione: A. Testa

08.30 - 09.30 SWITCH DEI FARMACI:
La problematica dello Switch dei farmaci generici (F.V. Costa)

09.30 - 10.00 Discussione

10.00 - 11.00 Questioni di responsabilità nella prescrizione del farmaco, il medico di medicina generale a confronto con i principi di appropriatezza prescrittiva. (A. Castelnuovo)

11.00 - 11.30 Discussione

11.00 - 11.30 Questionario ECM

Non cure continue...
ma continuità di cura