

Messina 30-09-2013

**Al Presidente Nazionale SNAMI  
Dott. Angelo Testa**

Oggetto: **Relazione Responsabile Nazionale Settore Continuità Assistenziale in occasione del 32° Congresso Nazionale S.N.A.M.I**

Caro Presidente Angelo Testa,  
Gentili colleghi delegati,

ho il piacere ancora una volta di partecipare al Congresso Nazionale, occasione importante per incontrarsi, confrontarsi e definire le strategie necessarie per dare la possibilità ai tanti medici della Medicina Generale che ancora non ce l'hanno, di avere le doverose tutele economiche e contrattuali, necessarie per una dignitosa e serena attività professionale.

E' proprio per questi motivi che desidero rendere noto al congresso che nel Comitato di settore del 17-05-2013, si è evidenziata l'assenza di molti rappresentanti sia Provinciali che Regionali, pur avendo molte Regioni in discussione gli AIR e nonostante l'interesse dei punti all'ordine del giorno. I Rappresentanti di settore presenti hanno chiesto a tal proposito un intervento del Presidente Nazionale nel sensibilizzare i Presidenti Regionali e Provinciali sulla necessità di partecipazione dei singoli delegati di tutte le provincie.

Pertanto considerate le possibili difficoltà che hanno portato a questo evidente disimpegno, il comitato di settore ha ritenuto che il Sindacato debba rispondere strategicamente alla politica dei Settori. In tal senso ho già proposto al Presidente e all'Esecutivo d'istituire una calendarizzazione bimestrale dei comitati di settore da tenersi e svolgersi attraverso un meccanismo itinerante e ciò in ragione della necessità di restituire territorialità alla Continuità Assistenziale e alle problematiche da essa affrontate.

Problematiche relative ai cambiamenti epidemiologici sociali e culturali avvenuti in questi ultimi anni che impongono una seria riflessione sul ruolo e i compiti dei medici che operano sul territorio considerando la grande risorsa che essi rappresentano per il Servizio sanitario nazionale. In quest'ottica, in quest'anno si sono definite le linee programmatiche relative al settore tenendo presente che per ottimizzare le risorse e' indispensabile l'integrazione tra i vari attori che operano sul territorio.

La realizzazione di tale obiettivo secondo il settore della Continuità Assistenziale non può prescindere da :

- a) **una chiara e precisa definizione dei compiti e del ruolo dei medici di CA** La continuità assistenziale deve essere potenziata ed assumere ancora più le caratteristiche di

[Digitare il testo]

00198 Roma-Viale G. Rossini 74-Tel 0645422616

E.Mail:snami@snami.org- PEC :snami@pec.snami.org -Sito Internet :www.snami.org

indispensabile **filtro tra cittadino e strutture territoriali di primo e secondo livello**, facendo parte dei programmi regionali di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie 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 (screening, prevenzioni malattie, vaccinazioni, medicina fiscale, medicina scolastica, A.D.P., A.D.I. ecc.). E' pertanto opportuno prevedere linee guida e protocolli di intervento, per la completa integrazione tra i medici di C.A. e di A.P., e tra questi e la C.O. del 118, prevedendo, oltre ai presidi già presenti sul territorio, anche la formazione di presidi territoriali di assistenza o ambulatori distrettuali (PTA, per esempio uno per Distretto), in cui attraverso i Punti di Primo Intervento (PPI gestiti dai medici di CA) secondo le diverse potenzialità del contesto locale e 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, e in cui le varie figure professionali opereranno nel rispetto delle proprie competenze e con pari dignità (art. 62, comma 7, A.C.N. 2005, come rinnovato dall'A.C.N. 2009).

Tale proposta ha già trovato applicazione:

- 1- 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 feriali gestiti solo dai medici di CA dalle 20.00 alle 24.00, così come relazionato dal Dott. Giovanni Campolongo.
- 2- in Sicilia e 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 cui si possono effettuare tutte le prestazioni e prescrizioni di farmaci ed esami di laboratorio e specialistici, ambulatori che prevedono l'integrazione con gli specialisti ambulatoriali e con l'emergenza Territoriale come relazionato dal sottoscritto.
- 3- Per quanto riguarda integrazione CA ed EST si è discusso su alcune criticità esistenti in alcune regioni e che riguardano l'uso improprio che diverse C.O. 118 fanno dei medici di CA chiamati ad effettuare interventi non previsti dal servizio preposto a seguito di mancata e/o errata applicazione delle linee guida e dei contratti integrativi Regionali e Provinciali. A tal proposito il Sottoscritto propone in attesa della stesura di linee guida precise, la diffida dei Direttori di Centrale 118 così come lo stesso ha fatto nei confronti di quelle di Catania e di Palermo.
  - b) **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 (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 all'assegnazione di una zona carente di A.P. facente parte della stessa area.

A tal proposito voglio ricordare che già nel 2008 al congresso nazionale di Cervia il Sottoscritto insieme al vice coordinatore nazionale dott. Alberto Mangiacavallo e al Responsabile regionale Lombardia dott. Giovanni Campolongo, aveva raccomandato all'esecutivo e al congresso la proposta [Digitare il testo]

del ruolo unico che aveva incontrato il parere favorevole dei partecipanti. Da allora si è deciso di attendere e oggi è stato proposto dagli altri Sindacati di categoria SMI e FIMMG, vedi incontro Ministeriale del 16 maggio 2011 e dal Decreto Balduzzi in maniera distorta rispetto alla nostra proposta.

**Inoltre premesso che:**

la peculiarità dell'attività di guardia medica, oggi continuità assistenziale, consiste nel fatto che il rapporto in essere non è un rapporto di dipendenza, bensì di para\_subordinazione, contenente quindi elementi propri sia del rapporto di dipendenza che di quello libero professionale o autonomo.

Si ricorda che l'attività di continuità assistenziale viene svolta presso le sedi fornite dalle ASP prevedendo una retribuzione ed un orario predeterminato e altresì l'assoggettamento al potere disciplinare del datore di lavoro, con irrogazione di sanzioni gradualmente sino alla revoca del rapporto convenzionale; **tutto ciò la rende particolarmente assimilabile al lavoro dipendente**. Fatte tali doverose considerazioni e premesse, non sembra esistano limiti derivanti dalla normativa comunitaria nel considerare lavoratore notturno il medico di CA (che anzi sembra auspicare l'ampliamento delle ipotesi di applicazione delle agevolazioni in materia) mentre la normativa interna, sebbene non contenga una espressa chiusura, non considera, fino ad oggi, espressamente l'attività in parola tra quelle oggetto di tutela

**.Per quanto sopra quindi, il comitato di settore chiede inoltre che in sede di trattativa per il rinnovo dell'ACN sia riconosciuto ai medici di CA:**

- 1) **lo status di lavoratori considerati notturni** secondo i criteri definiti dal dlgs. 66/2003, e del d.legislativo del 21 aprile 2011 n 67, ai fini del pensionamento anticipato, secondo le previsioni del paragrafo 2 del Protocollo su previdenza, lavoro e competitività per l'equità e la crescita sostenibili sottoscritto in data 23 luglio 2007, insieme ai medici di Emergenza Territoriale "118"
- 2) il **tempo pieno** con passaggio dalle attuali 24 ore settimanali a 38 ore per la CA 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, nel rispetto delle programmazioni regionali e con la possibilità anche, secondo la valutazione di titoli e di curriculum di una progressione professionale ad esempio quale medico coordinatore di presidio, medico referente per la CA di distretto, medico referente aziendale.
- 3) **Tutele Assistenziali** come le ferie o riposo psico-fisico e anticipo emolumenti da parte dell'ASP in caso di infortunio sul lavoro lavoro e malattia per tutto il periodo di astensione dal lavoro.

Ricollocazione del medico non idoneo ai compiti propri della CA (art.73 comma4 A.C.N.) attraverso la commissione periferica di verifica del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

- 4) **onorario professionale da rivalutare** sulla base dei nuovi compiti tecnico-organizzativi derivanti dall'attività a tempo pieno (attualmente i medici percepiscono una quota oraria di 22 euro l'Ora lordi).
- 5) **Tutele professionali** : Sicurezza nelle sedi di lavoro del personale rispetto a episodi di violenza che possono verificarsi durante il servizio, con l'adozione di misure idonee da parte delle ASP ; Indennità per zone disagiate, come le isole minori, comunità montane con riconoscimento anche del rimborso delle spese di viaggio.
- 6) **formazione e l'aggiornamento continuo dei medici di C.A.**, anche con percorsi formativi comuni alle altre figure sanitarie che operano nel territorio per favorire una ottimale interrelazione fra professionisti sanitari, strutture organizzative territoriali, distretti, e ospedali, dando priorità a corsi di BLS E BLSD. Tali corsi organizzati dalle ASP dovranno essere programmati per non meno di 40 ore annue con il riconoscimento delle ore di frequenza rimborsate come

[Digitare il testo]

servizio attivo.

- 7) **Una modifica dell'art. 46** che vedrebbe aumentato il contributo previdenziale del competente fondo di previdenza al 23% di tutti i compensi previsti dall'accordo compresi quelli derivanti dagli accordi regionali e aziendali, di cui il 17% a carico dell'azienda e il 6% a carico del medico.

**Per quanto riguarda l'accesso unico alla graduatoria** desidero attenzionare,così come ho già fatto all'Esecutivo Nazionale, che oggi ci sono **medici cinquantenni ancora precari** con difficoltà ad accedere all'assistenza primaria,medici (senza attestato di formazione ma con titolo equipollente )che pur avendo raggiunto l'eta' di 50 anni con una grande esperienza lavorativa e tanti anni di attività di servizio in medicina generale(più di 20 anni) che pur ponendosi nei primi posti in graduatoria regionale vengono puntualmente scavalcati dai colleghi con l'attestato di formazione (piu' giovani anche di 20 anni , appena laureati,e con punteggi di servizio che li pongono in coda alla graduatoria regionale di settore) per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria e continuità assistenziale..

Quanto sopra avviene grazie a una stortura dell'ACN 2005-2009 di medicina generale che all'art.16 comma 7 lettera a, assegna una riserva di posti a favore dei detentori dell'attestato di formazione dal 60% all'80% oltre a un punteggio aggiuntivo ,richiamando leggi e decreti che nulla dicono a tal proposito.

Pertanto ,secondo il sottoscritto , vi sono tutti i presupposti per fare sentire attraverso lo SNAMI la voce di tutti quei medici che oggi pagano sulla propria pelle e su quella della famiglia questo mancato sbocco lavorativo ed economico.

Bisognerebbe sanare chi è già dentro la convenzione di medicina generale dando la possibilità di poter completare la sua attività con la scelta delle carenze di AP prioritariamente rispetto a chi non è ancora dentro la convenzione.

Questo eviterebbe che in maniera incostituzionale e scellerata puntualmente negli anni , una intera generazione di medici sia fatta fuori dall'Assistenza Primaria , medici che hanno avuto soltanto la colpa di essersi laureati prima dell'anno 1994 ,ma non quanto basta per trovarsi già in quegli anni medici di famiglia.

Quanto sopra, quindi impone anche una seria discussione in sede congressuale e una presa di posizione SNAMI in occasione degli incontri per il rinnovo del contratto di Medicina Generale.

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 per continuare a dare inoltre più' dignità, stabilità e sicurezza contrattuale ed economica ai medici che vi operano.

Concludo Ringraziando tutti i presenti augurando buon lavoro .

IL RESPONSABILE NAZIONALE SETTORE C.A.  
(Dott. Giancarmelo La Manna)

[Digitare il testo]

00198 Roma-Viale G. Rossini 74-Tel 0645422616

E.Mail:snami@snami.org- PEC :snami@pec.snami.org -Sito Internet :www.snami.org