

N. 10 - Settembre 2021

Copia omaggio per i Sig.ri Medici

Disponibile on-line su: www.snami.org

LIBERTÀ *medica*

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani

SNAMI

XL
SNAMI 4S

CONGRESSO
NAZIONALE

1-2-3
OTTOBRE 2021

ROMA FIUMICINO
HILTON ROME AIRPORT

COVID-19

La nuova era digitale
e la riforma della
Medicina del territorio



© 2021 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 2021

Editore:
Contatto S.r.l. Archimedica Edizioni

Responsabile Legale:
Cosma Antonia Tullo

Direttore Responsabile:
Domenico Salvago

Addetto stampa nazionale SNAMI:
Salvatore Cauchi

Progetto grafico:
Contatto srl

Grafica e impaginazione:
Alessio Milazzo

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

Editoriale - Dott. Angelo Testa

Libertà Medica	Pag. 3
Carenza di Medici nel territorio: dramma da risolvere subito! A rischio il SSN e le nostre pensioni.	Pag. 4-7
Quale futuro della professione?	Pag. 8
Il grave problema della carenza di Medici	Pag. 9-10
Opinionisti da strapazzo contro la Medicina Generale	Pag. 11
Il ruolo della Medicina Generale nella pandemia da SARS-CoV-2	Pag. 12
USCA: un'esperienza particolare	Pag. 13-14
La fine dell'imbuto formativo?	Pag. 15-16
Una brutta partita a scacchi	Pag. 17
Scuola Quadri Snam ai tempi della pandemia da Covid-19	Pag. 18
Analisi e proposte per l'assistenza territoriale in Telemedicina	Pag. 19-21
Quando si dice appropriatezza	Pag. 22-23
Bellissima professione da difendere	Pag. 24
Anno zero: cosa dobbiamo imparare dall'epidemia SARS-CoV-2	Pag. 25-26
Burn-out della figura del Medico di Famiglia e gestione della patologia psicologica-psichiatrica nello studio MMG	Pag. 27-28
Abbiamo detto	Pag. 29-33
Alcuni titoli dei nostri comunicati stampa	Pag. 34-37



DOTT. ANGELO TESTA

EDITORIALE

Libertà Medica.

Il nome della nostra testata ci riporta ad un tempo che fu e che appare adesso dimenticato.

Da qui dobbiamo ripartire per poter **programmare la Medicina Generale del futuro**.

Il Covid ha agito come detonatore su processi che sarebbero avvenuti in un lustro facendoli precipitare.

Davanti a noi una grande sfida, **la nuova Medicina Generale**.

Sta a Noi **cogliere la sfida** e nell'identità dello Snamì portarla avanti **non dimenticando mai la libertà del Medico e delle sue scelte**.

Questa è la **nostra mission** che porteremo avanti senza paura e a testa alta, consapevoli delle difficoltà che ci circondano e del contesto in cui langue la Medicina Generale.

COLPEVOLI in corso di pandemia di non aver curato i pazienti a casa loro, **COLPEVOLI** di andare in pensione in anticipo, **COLPEVOLI** di essere pochi e che ci siano intere comunità senza Medico di Famiglia e senza Guardia Medica, **COLPEVOLI** di lavorare poco e guadagnare tantissimo.

In buona sostanza colpevoli senza se e senza ma.

Capro espiatorio nella **saga delle bugie di Stato sulla falsa riga del mito socratico della nobile menzogna**.

Reagiamo **ADESSO!**

Dott. Angelo Testa
Presidente Nazionale SNAMI



CARENZA DI MEDICI NEL TERRITORIO: DRAMMA DA RISOLVERE SUBITO! A RISCHIO IL SSN E LE NOSTRE PENSIONI

Occorre trovare delle soluzioni immediate **per arginare da subito il fenomeno della carenza dei Medici di Medicina Generale** che si sta verificando in tutti i territori. Intere comunità si sono trovate dall'oggi al domani senza Medico di Famiglia, guardie mediche non hanno aperto i battenti lasciando la popolazione sguarnita di assistenza sanitaria nel notturno, pre-festivo e festivo e il più delle guardie per i turisti non ha iniziato la stagione è chiuso.

Il tutto si sta **ripercuotendo negativamente sui pronto soccorso**, già al collasso per la recrudescenza del Covid.

Il fenomeno è nazionale e si sta verificando da tempo.



Adolfo Santucci

I Sindacalisti dello Snamì devono essere disponibili e promotori, anche nell'ambito del tavolo regionale della Medicina Generale, dell'istituzione di **tavoli permanenti** con la parte pubblica e secondo me anche con la presenza di un rappresentante dell'Anci, Associazione nazionale comuni italiani, al fine di **porre in essere degli accorgimenti operativi per tamponare nell'immediato l'emergenza e costruire delle soluzioni condivise per il prossimo futuro.**

Dal punto di vista della sostanza dobbiamo favorire un percorso che assicuri comunque una copertura del territorio da parte dei Medici. Viceversa, in nome della carenza di sanitari e dell'emergenza senza soluzioni, apriremo **"un portone"** a cooperative, privati, mutue integrative, lobbies e gruppi di speculatori. **Fine del sistema sanitario pubblico e pericolo concreto per le nostre pensioni per la diminuzione di versamenti contributivi Enpam.**



Alessio Lambardi

In **Sardegna** abbiamo inviato al **Commissario straordinario dell'Ats**, unica azienda sanitaria regionale, e all'**Assessore alla Sanità** queste proposte:

Occorrono misure emergenziali per arginare da subito il fenomeno della carenza dei Medici di Medicina Generale con una carenza di assistenza territoriale che si sta **ripercuotendo negativamente sui Pronto Soccorso**, già al collasso per la recrudescenza del Covid-19.

Le misure emergenziali proposte **non comportano ulteriori oneri finanziari per la finanza pubblica** e restano in vigore sino a che la situazione non si normalizza.

MISURE URGENTI PER ARGINARE L'ASSENZA DI VARIE FIGURE MEDICHE TERRITORIALI IN SARDEGNA

Continuità assistenziale (ex-Guardia Medica)

- Eliminare il vincolo per i Medici di Assistenza Primaria (Medici di famiglia) che impedisce di effettuare turni di guardia sopra i 650 pazienti. Il nuovo limite è a 1000 pazienti.
- Eliminare il vincolo per i Medici di Assistenza Primaria (Medici di famiglia) che impedisce di effettuare turni di guardia sopra i 350 pazienti come plus orario. Il nuovo limite è a 500 pazienti.
- In assenza di un Medico avente diritto a qualsiasi titolo e disponibile a coprire un turno di continuità assistenziale, può effettuare il turno qualsiasi altro Medico regolarmente iscritto all'Albo ancorchè non inserito nelle graduatorie aziendali (e non già dipendente del SSN).

..... Assistenza Primaria (Medicina di famiglia)

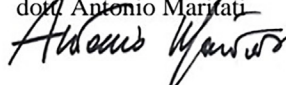
1. Si permette ai **Medici pensionati** di ricoprire incarichi provvisori dati direttamente dalla ASSL, come consentito dalla **SISAC** (Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati) che si è pronunciata formalmente in tal senso



Fatta tale premessa si rappresenta che, con il D.L. di cui trattasi, il Governo ha inteso emanare le misure di urgenza in oggetto, sancendo proprio una deroga alle disposizioni citate, allo scopo di garantire i livelli essenziali di assistenza nelle regioni e nelle province di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato ai sensi dell'articolo 3, comma 1, del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6.

Per tale ragione, pur non essendo la Sua richiesta strettamente riferibile alle competenze applicative dell'ACN attribuite alla scrivente Struttura, si ritiene che, in attuazione delle medesime prescrizioni e vincoli di cui all'art. 23 del D.L. 2 marzo 2020, n. 9, la deroga possa applicarsi anche in riferimento ad eventuali incarichi in rapporto di convenzionamento con il SSN.

Cordiali saluti.

Il Coordinatore
dott. Antonio Maritati


Assistenza Primaria (Medicina di famiglia)

2. Si permette in casi in cui non sono percorribili altre strade, se sono presenti nell'ambito territoriale pazienti in esubero e se il Medico accetta volontariamente, **l'aumento del massimale individuale a 1.800 pazienti** (attualmente a 1.500)

Per evitare conflittualità e per chiarezza, s'intende per pazienti in esubero quelli "liberi" senza Medico, perché non possono operare nessuna scelta in quanto non ci sono Medici presso cui iscriversi in quanto i Medici in attività di quell'ambito sono già tutti massimalisti. Altro caso è che vi siano dei Medici nell'ambito che non hanno raggiunto il massimale, ma a causa dell'eccessiva distanza tra un comune ed un altro dell'ambito stesso non possono avere altri assistiti perché è difficoltoso per i pazienti spostarsi. In questo caso il Medico che non ha raggiunto il massimale rilascia una liberatoria affinché possa essere nominato comunque un Medico provvisorio.

..... Biagio Valenti



..... Bruno Di Daniel



3. Far inserire da subito come **Medici di Famiglia definitivi anche coloro che non sono in graduatoria, ma hanno conseguito il diploma di MG.**
4. Favorire e consentire senza trafile burocratiche l'iscrizione dei pazienti negli ambiti limitrofi, previo assenso del Medico, quando nel proprio ambito di riferimento non ci sono Medici in grado di acquisire scelte.



MONITORAGGIO

Al fine di programmare ulteriori accorgimenti e porre in essere eventuali variazioni, l'attività emergenziale va monitorata ogni due mesi nei Comitati Aziendali che trasmetteranno i dati al Comitato Regionale.

SOLUZIONI TAMPONE A BREVE TERMINE

- Incentivare l'inserimento dei Medici nelle zone disagiate della Medicina di Famiglia (A.P.) (attualmente non riconosciute dalla Regione). Ci sono ambiti territoriali "poco appetibili" che cronicamente i Medici non scelgono oppure lasciano per trasferimento, a causa della popolazione sparsa, di pochi assistiti nel Comune, molti paesini nell'ambito anche molto distanti tra loro, zona decentrata o difficile da raggiungere.
- Concedere locali aziendali o del Comune a titolo gratuito per favorire l'inserimento di Medici di famiglia negli ambiti territoriali meno appetibili senza Medico.
- Finanziare attraverso l'AIR nuove associazioni ed aggregazioni mediche per favorire l'inserimento di nuovi Medici.



Edoardo Depau



Giuseppe Lanna

SOLUZIONI TAMPONE A MEDIO/LUNGO TERMINE

- Favorire l'iscrizione alla Facoltà di Medicina.
- Aumentare il numero dei posti nel Corso Specifico di Formazione in Medicina Generale adeguando la borsa a quella delle specialità.
- Trasformare il Corso Specifico di Formazione in Medicina Generale in corso di Specializzazione.



QUALE FUTURO DELLA PROFESSIONE?

Emergono problematiche sul rafforzamento della Medicina Territoriale tra le quali il **personale Infermieristico e di segreteria** per cui sono auspicabili investimenti importanti, per dare uno standard assistenziale omogeneo su tutto il territorio nazionale ed evitare differenze tra le Regioni stesse. Per quanto riguarda la **Telemedicina**, lo Snamì la ritiene necessaria e insostituibile per alcune procedure, ma necessita di grossi investimenti statali perché una piattaforma digitale applicata ad una tematica così importante come la salute dei cittadini deve configurare un sistema efficace e quasi perfetto. Lo stato dell'arte attuale invece ci vede

ancora all'**abc del processo** e si continua a procedere attraverso un rilento imbarazzante. Urge lavorare per una **personalizzazione della Medicina Generale** che deve avere delle differenze se rurale o metropolitana e con altre differenziazioni secondo le particolarità del territorio. Confermiamo che la **reperibilità** è un istituto della dipendenza e che non può essere applicato alla Medicina Generale mentre altro è la **maggior contattabilità** in periodo di pandemia che già stiamo offrendo nelle nostre giornate lavorative sempre più impegnative, difficili per il Covid, dedicate all'assistenza ai pazienti. Per il nostro sindacato il futuro professionale dei Giova-

..... • *Gianmaria De Marinis* •



ni Medici è una assoluta priorità a partire dalla omogeneità del **percorso formativo** così come far sì che il corso di formazione in Medicina Generale diventi una specialità a tutti gli effetti. In una ormai improcrastinabile "rivisitazione" delle cure territoriali due devono essere gli **imperativi-pregiudiziali**: non pensare di dare un colpo di spugna al passato spazzando via tutto il pregresso, che ben funziona ma che ha delle criticità, ed inoltre, da subito, studiare ed applicare delle **soluzioni tampone** per arginare l'assenza di tante figure mediche del territorio.



Domenico Salvago e Salvatore Santacroce • • • • •



Dott. Salvatore Santacroce
Tesoriere Nazionale SNAMI

IL GRAVE PROBLEMA DELLA CARENZA DI MEDICI

Più di otto anni or sono lo Snam ha studiato le proiezioni in base alla quali, nel giro di cinque o sei anni, anche tenendo conto solo dei pensionamenti per età, **si sarebbe verificata una carenza di Medici di Medicina Generale del 30%**, per cui un cittadino su tre avrebbe potuto trovarsi senza Medico di Famiglia. Tale percentuale di carenza non cambiava anche per le altre categorie di Medici.

I vari appelli alle Istituzioni, alle Università ed alle Regioni (competenti per il corso di formazione specifica in Medicina Generale) sono rimaste **totalmente inascoltate**.

Alla richiesta di **aumentare i posti disponibili con il numero chiuso** alcune Università ci hanno risposto che gli strumenti didattici non sarebbero stati adeguati ad un numero maggiore di studenti.

Meglio quindi importare i Medici da altre nazioni, come, ad esempio, India o Pakistan, come già succede in Gran Bretagna, nazione della quale si è deciso

di seguire l'esempio che ha prodotto gravi problemi?

Evidentemente la competenza di chi ci amministra **ha deciso per il sì**.

Oggi, otto anni dopo l'inizio dei nostri appelli, è in atto una situazione che definire spiacevole rappresenta un eufemismo, oltretutto aggravata dai decessi e dai prepensionamenti da insostenibile stress da pandemia Covid-19.

In molti ambiti, specialmente quelli periferici, molti Cittadini sono attualmente senza un Medico di Famiglia, oppure sono costretti a percorrere ragguardevoli distanze per raggiungerne uno che abbia ancora qualche posto, con notevole svantaggio specialmente per i pazienti fragili e soli.

Dopo aver lasciato che la falla si generasse e si allargasse adesso si cerca di **evitare l'affondamento della barca comune**, nella quale siamo tutti, cercando di tamponare la falla diventata enorme con misure inefficaci e non risolutive quali la richiesta

di **aumento del massimale**, la possibilità di avere la **convenzione anche per formandi** del primo anno del corso di formazione specifica ed il conferimento di incarichi annuali a giovani Medici appena laureati senza alcuna esperienza della Medicina del Territorio, e che comunque non sono in numero sufficiente per tamponare tutte le esigenze. A questo si aggiunge una disgustosa campagna denigratoria di certa stampa, superficiale e di basso livello, che vedrebbe chi si è prodigato per curare sul territorio i propri assistiti "Covid" e "non Covid", evitando il sovraffollamento e la paralisi degli ospedali, durante la terribile pandemia ancora in atto,



..... Antonella D'Alesio

Ruggero Bergamaschi e Mauro Grosso Ciponte



versando il più alto contributo di vite perse nell'adempimento del proprio dovere e della propria missione rispetto alle altre categorie di Sanitari, come semplici passacarte superpagati.

Ma se il nostro lavoro è così facile e così ben pagato, perché moltissimi Colleghi preferiscono altre specialità? Perché molti Colleghi dopo aver iniziato il corso di formazione specifica in Medicina Generale lo abbandonano?

In realtà un altro fattore che allontana i giovani Colleghi dalla Medicina Generale è rappresentato dalla **crescente assurda burocrazia** addizionata all'aumento, per legge, delle incombenze gratuite spesso inutili e che poco hanno a che fare con il lavoro del Medico.

Quali soluzioni?

A mio avviso, se chi ci governa si renderà conto della fondamentale importanza della insostituibile

figura del Medico di Famiglia, primo punto di contatto fra il Cittadino ed il sistema sanitario di cui ha bisogno, importante e gradito punto di riferimento in grado di risolvere, in genere autonomamente, circa l'80% dei problemi che si presentano in studio ed in grado di coordinare opportunamente le terapie dei vari specialisti consultati con il suo punto di vista e di azione olistico, dovrà adottare delle efficaci misure per invogliare i giovani a fare il Medico in primis, ed il Medico di Famiglia ovvero lo Specialista della Persona in seguito.

Quali misure?

Ad esempio **drastica riduzione dei compiti burocratici** che sottraggono tempo ed energie mentali alla diagnosi ed alla terapia; **adeguamento delle borse** di studio del corso di formazione specifica in Medicina Generale a quelle delle specialità universi-

tarie, in attesa che il corso stesso diventi vera e propria specialità; **riconoscimento economico adeguato** (gran parte dei compensi sono fermi a vent'anni fa) e comunque poco più di quaranta Euro annui per curare un assistito tutte le volte che ha bisogno del Medico appaiono risibili. Altro che superpagati!

Riconoscimento professionale adeguato.

E nel frattempo?

I prossimi cinque o sei anni li vedo veramente brutti ed impegnativi. Probabilmente ci si troverà costretti a fare svolgere alcuni compiti di competenza medica ad altre figure sanitarie non mediche, e/o a cercare di importare Medici da Paesi lontani e con un tipo di formazione diversa dalla nostra. Speriamo bene!



Roberto Pieralli



Dott. Salvatore Cauchi
Addetto Stampa Nazionale SNAMI

OPINIONISTI DA STRAPAZZO CONTRO LA MEDICINA GENERALE

Sono frequenti e si ripetono nel tempo le considerazioni nei confronti della Medicina Generale sulla carta stampata ed in Tv da parte di giornalisti, politici e “illustri personaggi” all’insegna della più **estrema disinformazione** e di quello che Noi Snami chiamiamo il “**festival del qualunquismo**”. **Opinionisti da strapazzo** complici di un andazzo nei confronti della Medicina Generale a cui assistiamo quotidianamente, in un crescendo continuo e in maniera non assolutamente casuale. Una sorta di tela che si sta tessendo per **far sparire la Medicina Territoriale**, inglobandola in falsi progetti di modernizzazione in nome dell’efficienza e dell’innovazione. Lo Snami si è sempre dimostrato attento e propositivo per la costruzione di un modello ancora più forte di Medicina Generale più consono ai tempi che viviamo. C’è però da chiedersi se chi vorrebbe **buttare alle ortiche il bambino con l’acqua sporca** è solo un inetto oppure se ci siano interessi ben precisi dietro questo progetto.

A pensar male si fa peccato ma spesso ci si azzecca... si vuole per caso trasformare l’unico comparto sanitario libero, in cui le nomine non vengono fatte dalla politica, in una Medicina feudale di vassalli con il bavaglio davanti alla bocca? Chi potrebbero essere i nostri primari a governare il sistema? Per caso gli attuali funzionari, laureati in Medicina ma non Medici, “**non frequentatori**” della professione. Coloro che ci definiscono dei semplici passacarte, professionisti che non visitano i pazienti salvo rare eccezioni, parlano delle ore di ambulatorio ignorando o facendo finta di non sapere che

quella è solo una piccola parte della nostra attività quotidiana. Non si pongono la domanda di chi nel corso della pandemia, ed ancor oggi, **ha fatto andare avanti l’assistenza sanitaria ai cittadini con gli ospedali con le porte sbarrate e convertiti all’assistenza Covid, gli ambulatori specialistici chiusi** ed anche adesso che non si è tornati al regime ordinario. Se si ha l’**intento di sfiancarci** rimandiamo ai mittenti l’intero pacchetto, sottolineando che hanno sbagliato i destinatari. **Siamo semplicemente Medici, umili, ma abituati a risolvere i problemi e a combattere!**



Laura Rolandi e Riccardo Lucis



IL RUOLO DELLA MEDICINA GENERALE NELLA PANDEMIA DA SARS-CoV-2

In questo anno e mezzo circa dall'inizio della pandemia da SARS-CoV-2 è emerso l'importante ruolo della Medicina Generale ed in particolare dell'assistenza primaria. Infatti il Medico di Medicina Generale (MMG) ha collaborato assiduamente con i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica facendo emergere quello che è fondamentale e sostanziale, da quaranta anni e più, per l'assistenza sul territorio all'insegna del rapporto di fiducia Medico-paziente.

Tale rapporto che sembra qualcosa di astratto si identifica invece nella conoscenza profonda dello stato di salute del paziente con tutti i risvolti clinico-anamnestici maturati nel tempo, nella

conoscenza del contesto sociale in cui vive, non solo quello familiare, delle condizioni economiche e di tanti altri aspetti che rendono unico il rapporto con ciascun nostro assistito.

Ed ecco che il MMG grazie a ciò è arrivato in molti casi là dove il SSN in altro modo non poteva arrivare, dai frequenti contatti telefonici compresa la domenica, il giorno di Natale e di Pasqua o a tarda ora, la necessità per persone sole, non solo anziani, di far recapitare loro ciò di cui avevano bisogno.

Altro aspetto importante è la vaccinazione, in cui il MMG (al di là se Medico vaccinatore oppure no) ha svolto e sta svolgendo un ruolo importante nell'opera di persuasione degli indecisi dell'importanza di sottoporsi alla vaccinazione stessa, per il bene proprio e di tutte le persone che li circondano.

A tutto ciò bisogna aggiungere il lavoro sui pazienti cronici, l'assistenza domiciliare programmata, l'assistenza domiciliare integrata e tutti i malati dimessi

..... *Giancarmelo La Manna*



dagli ospedali, ma abbisognavoli ancora di cure importanti.

Tutto ciò ancor di più per sottolineare l'importanza della MG imperniata sul rapporto di fiducia Medico-paziente con la sua diffusione capillare sul territorio, soprattutto nelle aree in cui le condizioni orogeografiche lo richiedono.

Una Medicina Generale che abbia dei compiti ben precisi di assistenza sul territorio e sulla quale non si riversino carichi di lavoro eccessivi, non soddisfatti da altri settori, eccessiva burocrazia ed incombenze varie che non sarebbero supportabili, come accade spesso in questo periodo.



Ronald Tramatin



Dott.ssa Simona Autunnali
Vice Segretario Nazionale SNAMI

USCA: UN'ESPERIENZA PARTICOLARE

Il 2020 lo ricorderemo per la più grande emergenza sanitaria dell'età moderna, la **pandemia da SARS-CoV-2**.

Questo virus ha costretto tutti i sistemi sanitari a riorganizzarsi, soprattutto quello italiano. Un decreto legislativo di marzo 2020 instaura le unità speciali di continuità assistenziale (**USCA**). Per la prima volta in Italia si iniziano a gettare le basi per una rivoluzione sanitaria. Si inizia a parlare di Medicina di Prossimità, il team multiprofessionale formato da Medici ed Infermieri raggiunge i pazienti positivi al Covid direttamente al domicilio. I Medici non hanno soltanto curato l'infezione, ma si sono presi cura della persona sia fisicamente che psicologicamente, si sono presi cura delle famiglie. Proprio in linea con le competenze acquisite negli anni: la maggior parte dei Medici USCA d'Italia sono Medici di Medicina Generale operanti in Continuità Assistenziale e Medici in formazione.



..... Pino De Gregorio e Angelo Testa

Per permettere una migliore e più coordinata gestione dell'emergenza sono state create le **Strutture commissariali per l'emergenza Covid**.

Ad oggi il nostro territorio nazionale è costituito da diversi sistemi sanitari, ogni Regione ha modulato la normativa sulle USCA in base alle peculiarità del proprio territorio e alle proprie risorse, oltre all'andamento epidemiologico regionale e all'esigenza vaccinale.

A tal proposito in molte Regioni sono state estese le competenze dei Medici USCA anche alle vaccinazioni, soprattutto quelle di prossimità ed è nato un progetto multidisciplinare. I Medici e Infermieri USCA, insieme ad autisti e operatori socio sanitari, sono supportati nelle attività burocratiche da amministrativi, ingegneri ed avvocati oltre che da altre figure professionali, quali psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali così permettendo una gestione a 360°

Giovanni Magnante • • • • •



del paziente positivo a domicilio. Per quanto riguarda le vaccinazioni di prossimità sono stati raggiunti migliaia di over 80 a domicilio comprendendo anche i loro caregivers, sono state organizzate nei principali quartieri giornate di vaccinazioni open day così come nei paesi delle varie provincie, permettendo a tut-

te quelle persone con difficoltà a spostarsi dal proprio domicilio o dal loro paese di potersi vaccinare più agevolmente a pochi passi da casa. Semplificare ed accelerare la vaccinazione è stato ed è uno dei nostri principali obiettivi insieme alla gestione dei pazienti affetti da SARS-CoV-2.

I Medici USCA hanno potuto sperimentare il lavoro in team, superando la frustrazione del lavoro in solitaria delle guardie mediche, hanno scoperto nuove figure professionali e la qualità del lavoro data da queste nuove collaborazioni e soprattutto hanno imparato ad apprezzare l'asse territorio-ospedale. Come **Giovani Medici speriamo in una**

riorganizzazione vera della Medicina Territoriale, dove il Medico di Medicina Generale diventi il fulcro della Medicina di Prossimità, lavorando veramente di concerto con le altre figure professionali e l'ospedale, rendendo il nostro sistema sanitario non più ospedalocentrico, ma che valorizzi il territorio attraverso quella capillarità assistenziale che è sempre stata l'emblema della Medicina Generale nei vari decenni della sua esistenza.



Fabrizio Valeri • • • • •



• • • • • Matteo Picerna



• • • • • Aldo Foti



Dott. Federico Di Renzo

Responsabile Nazionale SNAMI Giovani,
Formazione e Precari



LA FINE DELL'IMBUTO FORMATIVO?

Dopo 4 anni l'imbutto formativo sembra sia al tramonto: oltre 18.000 contratti SSM (Scuole di Specializzazione in Medicina) per 19.500 partecipanti e 1.300 contratti con borsa CFSMG (corso di formazione specifica in Medicina Generale) su 6420 partecipanti. Alla prima fase di assegnazione SSM oltre 1.300 sono le borse avanzate e, si stima, saranno numerose anche quelle perse in Medicina Generale. **Siamo davvero alla fine dell'imbutto formativo?**

Era il 2017 quando ho iniziato a familiarizzare con questo concetto: **migliaia di Medici erano imprigionati in un limbo post lauream senza trovare un futuro in specializzazione o in Medicina Generale**, impiegati nelle più disparate e precarie mansioni lavorative. Invece, nell'ultimo anno di pandemia molti colleghi rimasti nel limbo hanno ricoperto incarichi lavorativi, anche in assenza di formazione, in alcuni casi esitati in una stabilizzazione. Raggiunto così questo traguardo hanno rinunciato a concorrere

per il conseguimento di un titolo di formazione specialistica o in Medicina Generale (MG).

Questo accade perché la scelta di intraprendere un percorso formativo post-lauream obbliga alla dimissione da incarichi lavorativi pregressi poiché vigono ancora incompatibilità lavorative anacronistiche nonostante la grave carenza di Medici.

Davvero vogliamo continuare a perdere finanziamenti in formazione specialistica e di Medici di Medicina Generale, e dall'altro continuare ad alimentare la carenza di Medici ospedalieri e territoriali perseverando con **controproducenti incompatibilità lavorative?**

Un ulteriore meccanismo causante la perdita di borse è quello degli **eterni indecisi** che ritentano il concorso in quanto insoddisfatti della scelta intrapresa l'anno precedente: un fenomeno dilagante sia sul versante delle specializzazioni che su quello della Medicina Generale. Dalle testimonianze che abbiamo raccolto dai colleghi in formazione

specifico o con attestato in MG che hanno deciso di tentare il percorso specialistico emergono le criticità del sistema sanitario territoriale che spaventano i giovani colleghi allontanandoli dal territorio.

Carichi di lavoro crescenti, difficoltà a mantenere il legame di fiducia Medico-paziente, burocratizzazione dell'attività di Medico, scarso supporto delle ASL e isolamento lavorativo sono solo alcune delle lamentele emerse alle quali si affiancano le ombre gettate dal PNRR generanti incertezza contrattuale, logistica e organizzativa. Questa ostica realtà attuale affiancata alle nebulose prospettive future genera sfiducia nei Giovani Medici di



..... Nicola Lenti



Medicina Generale (MMG) che preferiscono ripensare la propria scelta nella speranza che la specializzazione ospedaliera regali realtà più soddisfacenti.

Persiste inoltre immutato il problema, anzi l'emergenza, della **carenza di Medici nel territorio causata dai pensionamenti anticipati**, i mancati investimenti sul territorio, il definanziamento degli anni passati, l'abbandono delle borse di formazione, la carenza di Medici disposti ad operare nei territori più rurali che potrebbe costringere i decisori politici a tutelare l'assistenza sanitaria intraprendendo strategie compensatorie emergenziali.

Tra queste quelle più inflazionate al momento sono l'infermiere di famiglia e il task shifting, l'equiparazione di titoli, o gli aumenti del massimale che potrebbero frenare, se non addirittura bloccare, le nostre proposte sindacali di miglioramento delle condizioni lavorative dei Medici del territorio.

Bisogna invertire la rotta puntando a soluzioni drastiche e risolutive.

Occorre anzitutto **eliminare stabilmente le incompatibilità lavorative** per i Medici in CFSMG ed in specializzazione, risolvendo così un bizantinismo legislativo che permetterebbe di avere oltre 4000 Medici in grado di formarsi e di prestare allo stesso tempo la loro opera lavorativa nei settori di più grave carenza.

Si deve inoltre superare il concetto di raggiungimento di idoneità al concorso per l'accesso al CFSMG, ovvero la soglia minima delle 60 risposte giuste su 100 domande: superando questo limite si riuscirebbe a garantire lo scorrimento fino a fine graduatoria evitando la mancata assegnazione di contratti per esaurimento di idonei al concorso. Questo scenario potrebbe diventare già realtà quest'anno in alcune Regioni, anche quelle con maggiore carenza di Medici del territorio come la Lombardia, ed

è da evitare anzitempo per non vanificare i traguardi sindacali raggiunti con lo stanziamento delle circa 900 borse aggiuntive. È fondamentale abrogare il punteggio minimo per accedere al CFSMG perché i **test di accesso non possono e non devono diventare uno strumento per tranciare il completamento della formazione di ogni singolo Medico**, ma devono stabilire una graduatoria fruibile nella sua interezza così da garantire a tutti l'accesso ad un futuro formativo e professionale.

Questi obiettivi non sono altro che piccoli passi verso il raggiungimento della meta finale ovvero la creazione di un **percorso specialistico universitario per la Medicina Generale** con requisiti e standard qualitativi stabiliti a livello nazionale con un unico concorso per l'accesso a tutta la formazione post lauream, per arginare il fenomeno della perdita di borse e garantire la libera scelta formativa a ciascuno.

Solo **così metteremo davvero il punto sulla fine dell'imbuto formativo**, ed è solo in questo modo che riusciremo a **programmare davvero il numero di professionisti necessari al nostro SSN e ad assicurare l'accesso all'assistenza sanitaria dei nostri cittadini.**



Dott. Vito D'Angelo

Responsabile Nazionale SNAMI-EST 118

UNA BRUTTA PARTITA A SCACCHI

Gentili lettori, la nostra **“storia del 118”** è comparabile al romanzo storico, sociale e corale **“Gli illusi”**, “dove i protagonisti sono siciliani illusi dall’idea di unificazione portata avanti da noti personaggi storici visti dapprima come idoli, come salvatori dai Borbone e poi come traditori, come vigliacchi. **Sogni, speranze, ideali e desideri infranti da uno Stato che non ci meritava”**.

Anche noi Medici dell’Emergenza Territoriale 118 ci accingiamo a scrivere un romanzo che racconta anni di pressioni, denunce, proposte di miglioramenti rivolte al Governo, quindi in Commissione Sanità, per attuare una riforma del sistema mediante un Ddl che stabilisca **compiti, funzioni e tutele giuridiche** nel Sistema Territoriale di emergenza 118, un sistema nato monco, ibrido, con tante criticità, diventato un disastro dopo la pandemia. C’eravamo **“illusi”** quando venne presentato in Senato, in data 11 febbraio 2020, il Ddl di riforma del 118. Un disegno ben articolato e motivato, sostenuto dai

Medici convenzionati, Infermieri e autisti soccorritori che da 25 anni lavorano sul territorio, in cui si proponeva:

- **una struttura su base dipartimentale** con area di competenza provinciale;
- **tempi massimi del soccorso** (urbano ed extra-urbano) con la previsione di un mezzo mobile di soccorso avanzato «con a bordo un Medico e un Infermiere»;
- **personale stabilmente dedicato** al Servizio di emergenza territoriale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;
- **indennità e tutele specifiche** per rischio biologico e ambientale;
- **rimodulazione dell’assetto** organizzativo, normativo ed economico.

Credevamo che finalmente si facesse sul serio con la discussione in Senato di un progetto innovativo che aveva dato tante speranze ai Medici e a tutti coloro che ruotano nell’Emergenza Territoriale, rincuorati anche

dal fatto che in coincidenza della grave crisi pandemica gli elogi ai Medici e a tutta l’equipe del soccorso portavano a pensare ci fosse una ri-considerazione del nostro comparto. Ma **dopo la definizione di “angeli” e di “eroi” i Medici dell’Emergenza Territoriale 118 escono dallo scenario dei “magnifici”, oggi dimenticati e “Illusi”**.

Vista l’evidenza dei fatti credo che abbiamo giocato una brutta partita a scacchi dove i rapporti tra la politica e gli operatori del 118 restano **“sterili”**, manca la comunicazione, ma soprattutto l’impegno politico delle istituzioni.

Le nostre frequenti richieste e proposte hanno enfatizzato la pressione nel tempo che scorre, fino ad arrivare alla “demolizione del sistema” con addirittura la progressiva scomparsa della figura del Medico a bordo dei mezzi di soccorso.



SCUOLA QUADRI SNAMI AI TEMPI DELLA PANDEMIA DA COVID-19

Certamente la pandemia ha influenzato l'attività della Medicina Territoriale: da un lato ha trovato impreparata l'organizzazione della Medicina Generale e dall'altro lato ha evidenziato ancor di più come la politica sanitaria abbia nel tempo sguarnito il territorio di risorse **augmentando il carico burocratico** e decretando, di fatto, il **depauperamento dell'assistenza territoriale** in un contesto concorrenziale tra ospedale privati e pubblici.

Il tentativo di riproporre logiche concorrenziali sul territorio, come nel caso della presa in carico della cronicità, mettendo in contrapposizione pubblico e privato, cure primarie e ospedaliere ha di fatto alimentato la frattura tra Medicina di base e Servizio Sanitario Regionale. La mancanza di un rapporto tra prevenzione e territorio ha influito negativamente nella gestione della pandemia.

Con questi presupposti anche l'attività sindacale sanitaria è andata a rilento. Di fatto nel 2020 si è rincorso alle tante urgenze

della pandemia oltre a tutto non trovando risposte soddisfacenti. Anche la Scuola Quadri ha subito criticità: nel 2020 non si è potuta tenere a causa delle regole imposte dalla pandemia e nel 2021, grazie all'impegno del direttivo Snami, si è tenuta in videoconferenza e ha avuto nonostante tutto una media di partecipanti elevata (80-90 partecipanti per evento).

Ricordo gli argomenti. Nella prima videoconferenza si è trattato di vari aspetti legali causati dalla pandemia. La relazione è stata tenuta dall'**Avv. Andrea Castelnovo** che come al solito ha svolto il compito con chiarezza.

Nella seconda videoconferenza si è trattato dell'importanza della comunicazione nell'attività sindacale. Il relatore è stato **Stefano Durante** che con la consueta maestria ha illustrato i vari aspetti dell'argomento.

Nella terza videoconferenza è stato illustrato statuto e regolamento Snami, i cardini per un buon funzionamento dell'attività sindacale. Le relazioni sono

state tenute brillantemente dai membri del direttivo nazionale **Gianfranco Breccia** e **Salvatore Santacroce**. Numerosi gli interventi a completamento delle tre iniziative.

Per il futuro, con il rinnovo prossimo dell'esecutivo, lascio ad altri il compito di organizzare la Scuola Quadri con l'augurio che si possa ritornare in presenza per una massima interazione tra Noi e ripeterpetuare con successo le esperienze passate della scuola e il **confronto continuo tra Colleghe e Colleghi, vera essenza del sindacato Snami**.



..... Renato Zerbinati



Dott. Lamberto Pressato
Collegio Nazionale dei Probiviri

ANALISI E PROPOSTE PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE IN TELEMEDICINA

PROGETTO ICT (Information and Communication Technologies) nella SANITÀ

Alcune considerazioni preliminari:

- L'innalzamento della vita media ha determinato un aumento delle patologie croniche degenerative, generando un alto carico assistenziale.
- I costi per il Sistema Sanitario Nazionale sono notevoli e aumentano nel tempo in funzione dell'età (aumenta il numero di anziani ed il relativo costo sanitario).
- Le politiche sanitarie e l'analisi delle informazioni sono ancora orientate all'utilizzo delle risorse in senso "verticale" (per struttura di offerta/prestazione resa) e non alla gestione del processo di cura.



..... Guido Venturini

È necessario un cambiamento che esige una serie di interventi ben definiti:

1. Potenziare la Medicina Territoriale per adeguare il sistema alla mutata realtà sociale, portando i servizi sanitari fuori dell'ospedale, confermando la forte integrazione con la rete dei Servizi Sociali e garantendo continuità assistenziale.
2. Sviluppare un modello che rilanci e rafforzi l'integrazione socio-sanitaria e che abiliti il governo del processo di cura nella sua interezza, sia sotto il profilo sanitario che sociale.
3. Definire modelli di Care Management dei cittadini affetti da alcune patologie/disabilità (Long Term Care – LTC) che poggino su una base dati condivisa, univoca, integrata e completa, contenente tutte le informazioni relative alle prestazioni socio-sanitarie rese nelle diverse strutture al cittadino.
4. Seguire puntualmente l'evoluzione clinica della patologia del proprio assistito, evitando duplicazioni degli accertamenti diagnostici, sovrapposizione di indirizzi e coordinando e controllando tutti i contributi che i vari attori socio-sanitari forniscono al ripristino e al mantenimento dello stato di salute del cittadino.

In questo processo generale di ribilanciamento dell'assistenza sanitaria sul territorio entrano in gioco nuovi assetti organizzativi e strumenti telematici più aggiornati.

La Telemedicina è un'arma significativa a disposizione dei Medici di Medicina Generale con l'indubbio vantaggio di contrarre il peso relativo dell'assistenza ospedaliera e di favorire il

parallelo sviluppo dell'assistenza specialistica e della diagnostica ambulatoriale.

L'accesso a distanza offre grandi benefici di **PREVENZIONE**, come dimostrato negli ultimi anni da diverse applicazioni, con sistemi di monitoraggio impiegati presso malati cronici in grado di segnalare eventuali anomalie di stato e di condizione fisica, consentendo ritorni sia economici

che di fiducia del cittadino.

Evidenti sono inoltre i vantaggi che l'ICT può apportare nell'ambito della **FORMAZIONE** con gli strumenti dell'eLearning e del knowledge management, sia per i Medici che per altre figure professionali (Infermieri, fisioterapisti, personale di segreteria) impegnate a collaborare nelle Medicine di gruppo.

SISTEMA DI MONITORAGGIO

I sistemi di Telemedicina permettono di garantire ai pazienti cronici un costante monitoraggio dei loro parametri vitali attraverso l'utilizzo di device "easy to use" dotati di trasmissione automatica mobile e fissa al Centro Servizi: teleassistenza, telemonitoraggio, televisita, teleriabilitazione, comunicazione audio-video e telesoccorso sono altrettante soluzioni che consentono tramite il supporto ICT l'automatizzazione dei corrispondenti servizi Medici. In particolare, lo sviluppo di una piattaforma per teleassistenza e telemonitoraggio consente di rilevare parametri bioMedici nell'ambito di un programma di supervisione di pazienti con patologie croniche.

Il programma di telemonitoraggio può essere personalizzato sia a livello del centro servizi (per recepire le impostazioni a livello delle diverse realtà territoriali) sia a livello di singolo paziente direttamente da parte del Medico di riferimento.

Oltre al monitoraggio, è possibile impostare un programma di gestione della terapia farmacologica che ricorda al paziente di assumere i farmaci nelle dosi e negli orari prescritti, rilevando, eventualmente, anche indicazioni soggettive di benessere dal paziente stesso. Il servizio di telemonitoraggio si basa su piattaforme informatiche di eHealth e consente ai soggetti che necessitano di un controllo costante (ad esempio persone con patologie

..... Susanne Hofmann



croniche come il **diabete**, le **cardiopatie** e la **BPCO**) il monitoraggio a distanza dei parametri biometrici, permettendo loro di rimanere comodamente nella propria abitazione.

PROPOSTA PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Progettualità nazionale per l'assistenza domiciliare dei pazienti cronici.

Target: Medici di Medicina Generale iscritti Snam

Attività: Medicina Generale in convenzione (con patti aziendali) o in libera professione, per fornire ai pazienti:

- strumenti e piattaforme per prestazioni professionali di Telemedicina a domicilio
- assistenza integrata (domiciliare e ambulatoriale) per pazienti cronici di:
 - ◊ area CARDIOLOGICA: - prevenzione rischio cardiovascolare
- monitoraggio scompenso cardiaco
 - ◊ area PNEUMOLOGICA e DIABETOLOGICA: - monitoraggio domiciliare
- parametri rilevabili.

Strumenti: tecnologia avanzata a sostegno delle attività

Attori:

- 4S per reclutamento Medici, formazione e ricerca
- partner tecnologici per fornitura strumenti e assistenza rete di Telemedicina.

Distribuzione territoriale: nazionale - regionale - aziendale (vedi ACN, ACR e patti Aziendali)

Modalità di attuazione: convenzione tra Snam (4S s.r.l.)
Ministero, Regioni, Aziende Ulss e Partner tecnologici.



Lorenzo Tedesco



Pasquale Orlando



QUANDO SI DICE APPROPRIATEZZA

Per i Medici, in un passato non lontano, **l'appropriatezza significava il trattamento più efficace a prescindere da considerazioni economiche e spesso anche da evolutività cliniche successive**. Per la parte politico-amministrativa il termine ha iniziato a circolare solo quando si è affacciato il problema della **limitatezza delle risorse** e subito è diventato **sinonimo di risparmio o, più crudamente, razionamento**. Si deve dare atto ai **Medici** di aver fatto propria una importante riflessione sulle prescrizioni farmacologiche, diagnostiche, gestionali, senza compromettere la qualità dell'assistenza. La **parte pubblica** ha invece dato, per lungo tempo, alle proprie

iniziative di evoluzione del sistema un connotato non collaborativo con la classe medica, bensì **punitivo e coercitivo**, soluzione certo politicamente più conveniente. È necessario convergere su un paradigma condiviso per arrivare **alla sostenibilità del sistema, raggiungibile solo attraverso la qualità**.

È possibile osservare che, pur se non abbiamo a tutt'oggi una definizione consolidata ed accettata di appropriatezza, è possibile dire che **cosa NON È APPROPRIATEZZA**:

- **non può essere valutata l'utilizzazione delle risorse disgiuntamente dai benefici-obiettivi raggiunti;**
- **per le risorse, a denominatore**, si devono riconoscere alcuni principi base: **interdipendenza dei fattori**, farmaci, diagnostica, struttura, personale.

Non è appropriatezza valutare un consumo e/o mettere un tetto di spesa ad un solo fattore, nella piena

..... Francesco Pecora



consapevolezza dei limiti delle risorse generali, e questo può fare giustizia su molti farmaci di costo maggiore e di note Aifa, spesso anche anacronistiche.

• **Obbiettivi, al numeratore.**

Senza la definizione di questi non si può parlare di appropriatezza, ma solo di risparmio (a breve) / razionamento.

I benefici nella salute devono essere considerati in un arco temporale adeguato, di solito non breve, così da raggiungere un buon rapporto benefici/uso risorse, ma ancora può essere opportuno valutare il rapporto beneficio/ costo



Stefano Vignando

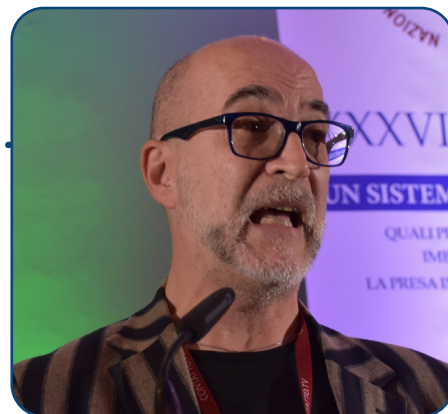
del mancato investimento, come, p.e. ottimale, il trattamento dell'epatite C. La valutazione degli obiettivi, oltre che traguardi di competenza strettamente sanitaria, dovrebbe prendere in considerazione anche gli effetti indiretti sul lavoro, sulla riduzione del carico assistenziale, sull'e-

conomia delle famiglie, sulla capacità produttiva, tutti effetti mal misurabili (cosiddetta "economia bianca"), ma indicatori della salute in senso lato della società. Questi effetti positivi non possono più essere ignorati: la Sanità non può che essere una voce economicamente negativa, di-

retta, come la Difesa, ma gli effetti positivi, indiretti, tutti, devono trovare uno strumento di stima per valutarne il quoziente reale nella società, da cui la sintesi effettiva dei comportamenti più appropriati e gli effetti sulla sostenibilità generale.



Antonello Sanna



Claudio Nardo





BELLISSIMA PROFESSIONE DA DIFENDERE

La professione del Medico di Medicina Generale è la più bella che si possa fare. Difficilmente possiamo trovare altrove una figura che incide così tanto nella vita delle persone e per così tanto tempo. Tuttavia la nostra professione è andata sbiadendo progressivamente vedendo **aumentare i propri carichi lavorativi, e cosa peggiora, con attività e mansioni che nulla hanno a che fare con il nostro ruolo.** Sono cambiati i bisogni di salute della popolazione e l'educazione nell'affrontare ciò che "si ritiene" importante sulla base di qualsiasi informazione, spesso scorretta, trovata su internet o estrapolata dai media. Oltre alle richieste più strampalate da

parte di tanti **dott. Internet** con cui abbiamo a che fare quotidianamente, viviamo in una atavica disorganizzazione di ciò che ci circonda nel territorio e non. La crisi sanitaria che stiamo affrontando è specchio della cattiva gestione e poca lungimiranza di scelte politiche scellerate che puntualmente come Snami abbiamo segnalato e combattuto. La pandemia ha fatto il resto rendendo insostenibile il ritmo di lavoro, basti vedere quanti **Colleghi hanno anticipato il pensionamento e quanti Colleghi giovani hanno cambiato orientamento** iscrivendosi ai corsi di specializzazione. Oggi viviamo con preoccupazione ciò che sarà il futuro con il PNRR che si appresta ad essere applicato. Ci saranno radicali cambiamenti nel territorio, ciò che deve rimanere è la centralità del ruolo del Medico di Medicina Generale. **De-burocratizzare, migliorare i percorsi e lo sviluppo tecnologico** sono le prime criticità da affrontare per liberarci le mani e poter visitare i nostri assistiti.

..... Fabrizio Festuccia



Come Snami abbiamo davanti nuove e cruciali sfide, insieme dobbiamo difendere la nostra professione sfruttando al massimo ogni possibilità per tornare a fare ciò che ci ha fatto appassionare al nostro lavoro.

..... Sebastiano Parrella



Tommaso Mastropietro





Dott. Gianluca Rossi
SNAMI Belluno



ANNO ZERO: COSA DOBBIAMO IMPARARE DALL'EPIDEMIA SARS-CoV-2

Quello che abbiamo vissuto negli ultimi mesi è stato un periodo difficile, ma certamente meno drammatico di altri sconvolgimenti che hanno flagellato l'Umanità nel suo recente passato. Si pensi ad esempio all'**epidemia influenzale del 1918**, che con i suoi 50 milioni di vittime fa sembrare l'attuale pandemia una virosi stagionale. Quel virus è stato presto dimenticato, sepolto nella memoria collettiva dalle disgrazie successive, come la guerra, il dramma dell'olocausto, la catastrofe nucleare.

Il virus SARS-CoV-2 è ancora tra noi e non possiamo dimenticarci di quello che ha fatto e ci sta facendo, e magari cogliere l'occasione per imparare qualcosa.



Filomena di Benedetto

Non per noi, ma per le generazioni future e per il futuro del pianeta. Parecchi anni fa l'OMS aveva prodotto un documento in cui si prospettava l'imminente comparsa di una mutazione virale che avrebbe prodotto *"una nuova pandemia con diffusione generalizzata della malattia, un alto numero di decessi e una carenza di forniture mediche"* e che avrebbe provocato *"grandi sovvertimenti socio-economici"*.

Era tutto previsto (e prevedibile). Risulta quindi difficile comprendere perché gli esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità abbiano sottovalutato il focolaio di Wuhan, nonostante le notizie provenienti dalla Cina fossero oltremodo allarmanti e come nessun Governo abbia preso misure precauzionali per difendersi dall'infezione.

Si fa fatica ad accettare che dei professionisti, posti ai vertici di organizzazioni il cui fine è la tutela della salute pubblica e che dovrebbero rappresentare il meglio della classe scientifica nazionale, abbiano potuto mi-

sconoscere un fenomeno non solo previsto, ma assolutamente evidente. In questa contraddizione c'è il germe del cosiddetto "complottismo". Come può essere credibile agli occhi della popolazione chi ha palesemente sbagliato? Come si possono accettare regole, imposizioni, restrizioni da chi non è stato in grado di difenderci da un virus che era lontano, e che lontano poteva e doveva rimanere? L'uomo è una scimmia nuda ed evoluta, ma che della società delle scimmie conserva elementi ancestrali: la cultura del sospetto, la consapevolezza che il potere si conquista con l'inganno, con le alleanze, con la furbizia. L'essenza della convivenza di questi primati è il complotto. Per dominare e non essere dominati. Quello che Hobbes sintetizzava nel suo famoso aforisma "homo homini lupus", che sarebbe più giusto declinare in "homo homini simia". La soluzione a questo degrado morale sta, secondo il filosofo britannico, nel rispetto delle regole, di leggi scritte che

tutti devono rispettare. **Forse una delle più importanti è quella che premia il merito: dove si decide per il bene comune devono esserci persone che abbiano dimostrato la loro competenza.**

In questa epidemia politici e scienziati hanno dato prova di impreparazione, di demagogia, di presenzialismo e populismo. Nonostante ciò la gran parte di loro è spudoratamente rimasta in posizioni apicali a prendere decisioni per tutti, e questo non può essere accettato. Il cambiamento è nelle mani delle generazioni future, come lo è il futuro del pianeta. L'origine del virus SARS-CoV-2 è ancora sconosciuta. Le due ipotesi più accreditate sono il "salto di specie" e "l'incidente batteriologico". L'uno e l'altro caso sono la conseguenza di una mancanza di rispetto per l'ecologia del mondo in cui vivia-

mo. Gli allevamenti intensivi di volatili e suini sono una minaccia costante per la salute umana, perché favoriscono il passaggio di microorganismi patogeni da queste specie all'uomo, oltre che essere una bieca crudeltà nei confronti di questi animali. **La salvaguardia dell'ecosistema passa per una rinuncia allo spicismo, ovvero alla convizione che possiamo disporre a nostro piacimento degli altri esseri viventi.** Questo atteggiamento ci si ritorce contro: il 60% dei gas serra sono prodotti dai bovini ingrassati a mais in cattività per produrre una carne insana, ma a basso costo. Anche la manipolazione genetica di altre forme viventi, come le piante e i virus, può essere estremamente pericolosa: deve essere permessa solo se finalizzata al miglioramento della salute collettiva e regolata da rigorosi protocolli

..... Franco Dellarole



scientifici.

La classe medica deve impegnarsi attivamente per la salute ambientale che è condizione imprescindibile per il benessere individuale.

Comunque la si pensi sull'aldilà, in questo mondo ci è concesso un unico passaggio e questa mi pare un'ottima ragione per preservarlo.



..... Giorgio Massara, Maurizio Lo Conte, Gennaro Caiffa



Dott. Luca Zanetti

Medico di Medicina Generale - Genova

BURN-OUT DELLA FIGURA DEL MEDICO DI FAMIGLIA E GESTIONE DELLA PATOLOGIA PSICOLOGICA-PSICHIATRICA NELLO STUDIO MMG

A prescindere dalla devastante epidemia con cui ci siamo trovati a combattere, convivere e a volte soccombere (come purtroppo per diversi nostri Colleghi) già nel periodo precedente la nostra categoria si trovava a dover affrontare la doppia "mostruosa" tagliola, generatasi lentamente negli anni, sottovalutata forse dalla categoria stessa e dai media: da un lato il crescere polipoide, tentacolare del **disagio** dei Colleghi nell'affrontare un mondo e modo di lavorare che non era più quello conosciuto, ma con una mole di scartoffie, moduli, passaggi burocratici che analizzati a freddo parrebbero quasi deliranti, dall'altra un **rapporto con le istituzioni sanitarie** che spesso ci vedono come una figura lontana, quasi demedicalizzata e burocratizzata a cui inviare il paziente per risolvere qualsiasi pratica sanitaria cui altrimenti non si interesserebbe alcuno a disbrigare. In aggiunta a ciò si sono affiancate problematiche che per chi come me ha svolto

il corso MMG più di 10 anni fa trasparivano, ma solo come una appendice della mole del lavoro che un MMG quotidianamente affronta: la **problematica della patologia psicologica-psichiatrica non diagnosticata da specialista** che afferrisce quotidianamente allo studio MMG. Il paziente che presenta patologie non così rilevanti da dover ammettere egli stesso la necessità di dover ricorrere al Centro di Salute Mentale rifugge con tutta l'energia che ha in corpo (per la maggior parte) di avere bisogno in almeno alcune fasi della propria vita del supporto di una figura formata a farlo (psicologo in primis, psichiatra, neurologo), anzi se lo si invita a cercare un aiuto da questa figura cade nella più classica mainofobia: la paura di essere bollato e stigmatizzato come pazzo e non funzionale alla società. Con la **legge Basaglia** si sono chiuse le strutture manicomiali per lo più e solo i pazienti con certe problematiche sono seguiti dai Centri di Salute Mentale che ritengo, per

la mia decennale esperienza, di buona e rapida contattabilità e risposta in termini di tempistica, ma la maggior insidia per il MMG e il suo spesso già precario equilibrio psico-fisico è costituita dalla categoria di pazienti che non afferrirà ad essi. Pazienti con tratti ossessivi, ipocondriaci (con possibili componenti deliranti), ansioso-depressi, pazienti con associato disturbo da assunzione di sostanze che possono presentarsi anche in stato di alterazione psicofisica in studio, magari anche con più di questi tratti insieme possono darsi appuntamento in un anonimo pomeriggio dal proprio MMG (che magari quel pomeriggio ha iniziato a somatizzare e temere



..... Pierluigi Stella

questa fidelizzazione di patologie presentate) ed essere il primo passo di un processo che nel tempo porta al burn-out, al senso di disagio nello svolgere la propria professione o più semplicemente il riconoscimento di non essere stati formati adeguatamente a gestire tutto ciò.

Proporre qualcosa di sostanziale ai Colleghi che possono arrivare ad "ammalarsi di nervi" è difficile, ma sicuramente un primo passo potrebbe essere:

1. intraprendere un percorso di affiancamento con personale formato (per es. psicologo) per lavorare su se stessi e rafforzare le capacità necessarie per reggere meglio gli eventi stressanti;
2. organizzare al meglio orari e appuntamenti degli studi per accogliere i pazienti "più richiedenti" quando si è nelle condizioni psichiche di maggior forza e lucidità;
3. non arrivare a livelli di stress non più gestibili perché possono essere punti di non ritorno;
4. cercare periodi di pausa per riuscire a rientrare ristorati dal periodo di stop.



Pasquale Del Greco



Nicola Dilillo

ABBIAMO DETTO

Abbiamo espresso serie perplessità e paure sui tamponi da eseguirsi nei nostri studi perché crediamo sia **alto il rischio di contagio per il Medico che effettua l'esame e per il paziente. I Medici che avessero effettuato quei tamponi potrebbero diventare dei contatti e dovrebbero interrompere temporaneamente la professione.** Chi continuerebbe ad erogare l'assistenza sanitaria ai nostri assistiti?

..... Giuseppe Biondo



..... Lorenzo Lanza



Sentiamo quotidianamente attraverso la stampa e la televisione che la Medicina Generale sarebbe pronta in autunno per questa campagna vaccinale di massa. Da una parte la voce istituzionale del **Generale Francesco Paolo Figliuolo** e del **Ministro Roberto Speranza** che danno per scontato che gli **hub vaccinali vadano chiusi** e che dovremo subentrare Noi. Dall'altra parte siamo Noi Medici di Famiglia che crediamo sia **paradossale** che all'oggi ci **abbiano emarginato dalla vaccinazione** ed adesso riscoprano la nostra professionalità, che abbiamo speso cifre molto importanti per la vaccinazione pagando i Medici anche 80 euro l'ora, non certamente Medici di Medicina Generale, ed ora riscoprano i valori della buona amministrazione dei conti.

Soprattutto **paradossale** che, come ratificato dall'accordo nazionale tra parte pubblica e sindacati, si sia privilegiato un **percorso vaccinale in sicurezza negli hub con personale Infermieristico, amministrativo e soprattutto Medico per eventuali eventi avversi**, ed ora tutto ciò non abbia più valore.



..... Pasquale Palermo

ABBIAMO DETTO



È talmente chiaro che **non ci debbano essere commistioni tra le professioni** che sembra assurdo anche parlarne. Invece assistiamo ai **corsi certificati per “farmacisti vaccinatori”**, servizi televisivi che parlano della possibilità di somministrare i vaccini nelle farmacie, ed a una serie di sollecitazioni per convincere l'opinione pubblica della bontà del percorso in cui qualcuno, **senza alcuna competenza**, vorrebbe **“mettere le mani addosso” al paziente**, praticando un atto indiscutibilmente Medico. È come se **noi Medici facessimo anche i farmacisti nei nostri studi vendendo pure direttamente le Medicine**, tra l'altro palesando un grosso conflitto di interessi. **Se un paziente ha una reazione avversa post vaccino cosa farà il farmacista, chiamerà il Medico?**

In riferimento a **case ed ospedali di comunità**, pensiamo come non si possano buttare sul piatto progetti preconfezionati, alcuni simili a percorsi già proposti nel passato e miseramente falliti, senza che si apra da subito un **dibattito con le organizzazioni sindacali della Medicina Generale**. Allucinante come si continui a pensare ad una Medicina Generale che possa impegnarsi in ulteriori compiti e mansioni come se la singola giornata lavorativa fosse di 48 ore continuative. Si conferma la tesi Snamì, non di oggi, **che non abbiano lontana idea di quale sia l'impegno quotidiano di un Medico che assiste i suoi pazienti.**



ABBIAMO DETTO

In una puntata della trasmissione “**Porta a Porta**” di fine anno scorso, il segretario nazionale della Fimmg, sindacato maggioritario della Medicina Generale, dice di aver risposto al telefono, ad una paziente, il giorno prima, alle 10 di sera.

Il conduttore **Bruno Vespa** lo interrompe... *“Se tutti i suoi colleghi rispondessero alle 10 di notte quanti codici verdi in meno ci sarebbero”*.

Silvestro Scotti replica: *“chi non lo fa, secondo me, è bene che vada via dal fare il Medico di famiglia...”*

Per Noi dello Snamì sono state gravissime affermazioni che lasciano uno sconcerto senza precedenti perché chiare ed inequivocabili, quanto infondate e contestabili, pronunciate nel corso di una trasmissione della prima rete televisiva statale molto seguita e con uno share da milioni di ascolti.



..... Nicola Grimaldi



Tali affermazioni sono la prova concreta della **distanza di anni luce** che c'è tra chi, pur in veste di Medico, afferma, da una comoda poltrona televisiva, che il Medico di Famiglia se non risponde alle 22 **dovrebbe perdere la convenzione** con la Medicina generale, cioè il suo lavoro, e chi invece, **molto distante da quella poltrona**, pur “**massacrando**” di lavoro dalle 8 alle 20, rischiando anche la vita in prima linea nella gestione della sanità territoriale, ordinaria, straordinaria ed in era Covid, non dovrebbe avere neanche il diritto all'indispensabile riposo.

ABBIAMO DETTO



Allucinanti sono gli attacchi che quotidianamente dobbiamo subire, **tacciati di essere assenti e/o di non fare la nostra parte** in questa pandemia. Al contrario siamo impegnati costantemente nel gestire i Pazienti affetti da malattie acute e croniche, gestire i Pazienti positivi al SARS-CoV-2, gestire i Pazienti affetti da Covid-19 a domicilio, anche mediante telemonitoraggio, riducendo notevolmente il sovraffollamento dei pronto soccorso ed evitando ove possibile i ricoveri, che aumenterebbero vertiginosamente, ancora di più, senza questo nostro notevole impegno sul territorio.

Oltre a ciò dobbiamo assolvere a tutti gli impegnativi **compiti burocratici** per il tracciamento dell'epidemia, spesso mediante applicativi imposti di pessima qualità. Il nostro impegno quotidiano è volto ad ottenere **la giusta considerazione**, attenzione e **l'indispensabile supporto** per chi **si sta spendendo ed impegnando, ben oltre i propri doveri contrattuali**, troppo spesso abbandonato a se stesso. Il tutto in un contesto di **Politica, media e stampa di regime, parte pubblica con contorno di dichiarazioni "allineate", troppi flebili e fuorvianti di altri sindacati, tutti insieme in un mix di accuse di inefficienza alla Medicina Generale.**



ABBIAMO DETTO

Siamo stati lasciati soli senza dispositivi di protezione e nel caos più assoluto di una "**disorganizzazione organizzata**" a lavorare di più e male. Non ho solo la sensazione, ma purtroppo la certezza che chi **emana decreti e propina circolari**, spesso in antitesi con analoghi provvedimenti a distanza di pochi giorni, **non abbia le idee chiarissime** e riceva dei "**consigli**" fuorvianti dati da chi poco conosce le particolarità assistenziali e l'essenza vera del territorio.



..... Giovanni Salvestrini

Chi propone di **lavorare senza remunerazione** lo spieghi ai propri iscritti e la pianti, una volta per tutte, di parlare a nome di una categoria che non rappresenta!



ALCUNI TITOLI DEI NOSTRI COMUNICATI STAMPA:

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

**NEL NOSTRO CAMICE
NON C'E' SCRITTO
"IN SVENDITA"**

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

TAMPONI COVID NEGLI STUDI DEI MEDICI DI FAMIGLIA

**IRRESPONSABILE
TEOREMA!**

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

VACCINAZIONI ANTIINFLUENZALI IN FARMACIA

È UNA STUPIDAGGINE!

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

FARMACISTI VACCINATORI

**ASSURDO, COME SE
I MEDICI CHIEDESSERO
DI VENDERE FARMACI!**

ALCUNI TITOLI DEI NOSTRI COMUNICATI STAMPA:

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

TEST SIEROLOGICI "SCARICATI" SUI MEDICI DI FAMIGLIA

**LO SNAMI NON SI ACCORDA CON LO STATO
PER FAR LAVORARE GRATIS I MEDICI DI MG**

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

APPELLO SNAMI AL MINISTRO

**LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
NON È LA "CENERENTOLA"
DELLA SANITA'!**

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

CAMPAGNA VACCINALE ANTICOID
PER LA POPOLAZIONE

**...AAA... CERCASI URGENTEMENTE
CABINA DI REGIA...**

ALCUNI TITOLI DEI NOSTRI COMUNICATI STAMPA:

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

CARENZA DI MEDICI PER LE VACCINAZIONI?

FALSO!

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

VACCINAZIONI ANTICOID

**UN'ORGANIZZAZIONE
IMPERFETTA**

SNAMI NEWS

VACCINAZIONI ANTICOID DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

**FAVOREVOLI AD UNA ADESIONE FACOLTATIVA,
REMUNERATA, ANCHE IN SEDI ALTERNATIVE,
CON BUROCRAZIA AL MINIMO.**

ALCUNI TITOLI DEI NOSTRI COMUNICATI STAMPA:

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

**STOP ALLA DEMATERIALIZZATA TAROCCA.
REPERIBILITÀ IN M.G. È UN TABÙ.**

SNAMI NEWS

Sett./Ott.

2021

**DISPONIBILI E NON REPERIBILI
COME CONTRALTARE A SPECULAZIONI
E ALLE LOBBIES IN SANITÀ**

NOTE

NOTE

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



1-2-3
OTTOBRE 2021

ROMA FIUMICINO
HILTON ROME AIRPORT

XL
SNAMI 4S CONGRESSO
NAZIONALE

