

N. 12 - Ottobre 2023  
Copia omaggio per i Sig.ri Medici  
Disponibile on-line su: [www.SNAMI.org](http://www.SNAMI.org)

# LIBERTÀ *medica*

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani

# SNAMI

# XLII

## CONGRESSO NAZIONALE

ISOLA DELLE FEMMINE  
PALERMO 20  
HOTEL SARACEN 23  
11-15 OTTOBRE



## CRONICITÀ E PREVENZIONE: LA SFIDA DEL TERRITORIO





© 2023 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](http://www.contatto.tv); e-mail: [info@contatto.tv](mailto: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"

Publicato da: Contatto S.r.l. Archimedica Edizioni  
 Torino, Ottobre 2023

Editore:  
 Contatto S.r.l. Archimedica Edizioni

Responsabile Legale:  
**Cosma Antonia Tullo**

Direttore Responsabile:  
**Domenico Salvago**

Addetto stampa nazionale SNAMI:  
**Federico Di Renzo**

Progetto grafico:  
**Contatto srl**

Grafica e impaginazione:  
**Alessio Milazzo**

Questa pubblicazione è disponibile on-line su:  
[www.SNAMI.org](http://www.SNAMI.org)

Editoriale - Dott. Angelo Testa	Pag. 3
Abbiamo detto che:	Pag. 4-13
Le interviste di SNAMI	
- SSN: morte o sopravvivenza?	Pag. 14-16
- AIR al primo decollo	Pag. 17-24
- L'articolo 32 della carta sul diritto fondamentale alla Salute	Pag. 25-26
- Migliorare le cure primarie anche attraverso la riforma della formazione in Medicina Generale	Pag. 27-31
- La sanità dopo il Covid	Pag. 32-35
118 emergenza urgenza. Dignità e cure salva vita per i cittadini italiani!	Pag. 36
Tutte le favole iniziano così...	Pag. 37
La riforma della specializzazione in Medicina Generale è SNAMI	Pag. 38-39
La continua girandola di eventi degli ultimi anni	Pag. 40
Medici del terzo millennio	Pag. 41-42
Medicina Generale: situazione attuale e aspettative	Pag. 43-44
L'evoluzione della professione	Pag. 45
Ruolo unico di assistenza primaria. Professione al tramonto?	Pag. 46
Cambiamento epocale nella Medicina Generale	Pag. 47
La sanità digitale nel futuro del SSN e del Medico di Medicina Generale	Pag. 48-49



## **DOTT. ANGELO TESTA**

### **EDITORIALE**

#### **CRONICITÀ E PREVENZIONE: LA SFIDA DEL TERRITORIO.**

Tutti parlano di cronicità, prevenzione e ruolo del territorio.

Ma quanti di coloro che ne parlano conoscono veramente il territorio?

E anche per chi lo conosce esiste un solo territorio o una miriade di situazioni, metropolitane, rurali, montane e insulari?

Dobbiamo porci il problema delle risorse, sia economiche che umane, della volontà politica di investire sul territorio non solo a parole ma con fatti reali che non possono essere le case e gli ospedali di comunità.

Va riportata la centralità su una professione che non può essere la soluzione per le carenze dell'ospedale ma deve essere una professione che si occupa della cronicità e che esce dal sociale per tornare ad essere medicina.

Più medicina e meno assistenzialismo.

L'ospedale deve fare l'ospedale ed il territorio il territorio con un continuo collegamento tra i due mondi che non dovrà essere di contrapposizione o rivendicazione continua dei ruoli.

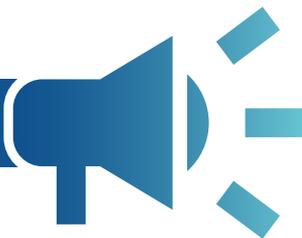
La specializzazione in medicina generale dovrà portare pari dignità e possibilità di passaggio dalla dipendenza alla convenzione senza traumi, anche di tipo previdenziale.

Siamo sempre più convinti che sia più semplice tagliare servizi e rinviare a complesse riorganizzazioni del SSN piuttosto che intervenire più efficacemente sulle tante, piccole e grandi inefficienze e inadeguatezza che si celano all'interno di un sistema le cui fondamenta e funzionalità vanno riconosciute e preservate.

**Dott. Angelo Testa**  
Presidente Nazionale SNAMI



## ABBIAMO DETTO CHE:



### # PNNR

I fondi del PNRR si devono concretizzare e soprattutto **non devono servire a realizzare cattedrali nel deserto** che per il sistema sanitario nazionale sarebbero l'ennesima beffa. C'è bisogno di rafforzare i servizi e garantire strutture all'avanguardia a tutela del diritto alle cure e alla salute. Lo Snami

nazionale da anni sollecita tutti i governi che si sono succeduti a dare **risposte tangibili anzitutto ai territori**, troppo spesso lasciati al loro destino e senza veri servizi sanitari e dunque con il rischio concreto di non tutelare l'integrità degli utenti.



### DDL CANTÙ #



La Rete della presa in carico globale dei pazienti ipotizzata nel **DDL Cantù** potrebbe risultare utilissima, dalla presa in carico fino alle cure più complesse, in cui il medico di assistenza primaria può contare sul supporto degli specialisti per prevenire, assistere e rispondere ai bisogni dei malati, anche attraverso la **telemedicina**.

È necessario **abbattere la burocrazia**, ottimizzare il fascicolo sanitario elettronico, riformare le regole d'ingaggio e le **misure per l'incremento dei medici**. Il futuro non può prescindere dal

promuovere ancora di più l'**as-sociazione** con un miglior livello di tecnologia e **personale di studio di supporto** per una maggiore integrazione professionale.



## # RICETTA ELETTRONICA

Accogliamo favorevolmente che il governo nel Ddl Delega Semplificazioni approvato dal Consiglio dei Ministri abbia posto fine alla sperimentazione e alle proroghe per semplificare il lavoro dei medici di famiglia e la vita dei cittadini che così non dovranno recarsi negli studi medici per le ricette ma potranno ricevere le stesse tramite mail o altri canali sul proprio cellulare. Oltre allo **snellimento del lavoro per i medici** che, limitando così la burocrazia, si potranno

dedicare maggiormente alla clinica, ci sarà un sicuro **vantaggio per i pazienti**, soprattutto malati cronici che hanno problemi a recarsi dal medico e che hanno necessità di assumere gli stessi farmaci.

Bisogna **proseguire per una deburocratizzazione estrema** che favorisca un rilancio della medicina generale e delle cure territoriali. Il nostro auspicio è che sia l'inizio di una rivoluzione sulla **semplificazione** per tutto il comparto per la quale il nostro

sindacato si batte da anni per la sua attuazione a 360 gradi.



## AGGRESSIONI AI MEDICI #



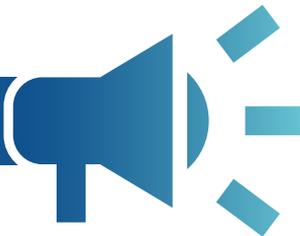
Tanti sono gli episodi che mettono a repentaglio l'incolumità del personale sanitario, sono tutti segnali che per lo Snami dimostrano come i **medici italiani siano in balia di un destino che neanche loro potrebbero governare.**

Il legislatore e la politica non possono rimanere ad assistere come se niente fosse ignorando

che i medici, nei territori, sono in prima fila e senza alcuna difesa. Servono **pene severissime**, anche nei casi di **aggressioni verbali e minacce** che ormai sono all'ordine del giorno, facendo prevenzione nella creazione di una rete di tutela e protezione intorno al personale sanitario.



ABBIAMO DETTO CHE:



## # SOLUZIONI PER SALVARE LA MEDICINA GENERALE

Dobbiamo porre rimedio ad una **situazione emergenziale della medicina generale** diventata poco appetibile per i nuovi medici, in cui chi è rimasto “scappa” alla prima finestra pensionistica o addirittura cambia comparto, **medici mal pagati e con un aumento dei costi di produzione**, che non si possono ammalare **perché senza sostituti** che possano far godere un minimo di tregua ad un lavoro continuativo e senza sosta, **non più umano e supportabile**.



Subito:

### 1) DEBUROCRATIZZAZIONE

È prioritaria per poter far respirare i Medici sommersi da una burocrazia inutile e mista di incombenze che **spesso dovrebbero essere di altre figure**, amministrative e del comparto medico.

### 2) PRIMI TRE GIORNI DI MALATTIA

Urge che i primi tre giorni di malattia siano **auto-certificati dal paziente**. Un passaggio burocratico in meno in cui capita che il paziente “racconti” al proprio medico di disturbi minimali per lo più non obiettivabili.

### 3) IL CORSO DI MEDICINA GENERALE DEVE DIVENTARE UNA SPECIALITÀ

Per avere pari dignità anche economica con le altre specialità mediche e la sincronia temporale con l’inizio dei corsi.

### 4) LE CASE DI COMUNITÀ

A nostro giudizio dovranno essere concepite per **non diventare dei contenitori vuoti e delle cattedrali nel deserto** e come vadano integrate in un sistema in cui il **medico continui a lavorare nel suo studio per evitare che venga meno la capillarità dell’assistenza**.



## ATTO DI INDIRIZZO PER IL NUOVO ACN #

**Secondo Snamì: Non va nella giusta direzione, battezza una dipendenza mascherata.**

Le linee proposte dalla Conferenza delle Regioni sono un viatico per il **depauperamento progressivo della medicina generale**. È questo ciò che prospetta l'atto di indirizzo per il rinnovo dell'Accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale

Questo tipo di indirizzo porterà allo **spopolamento dei piccoli paesi**, al **prepensionamento**

dei medici più anziani e sarà un colpo duro anche per i giovani che invece di affacciarsi alla medicina territoriale preferiranno lavorare nelle strutture ospedaliere, dove la **dipendenza vera** dà più tutela della **dipendenza**, altrettanto vera, ma **mascherata** dalle 38 ore settimanali che l'atto di indirizzo prospetta.

A differenza di **altre sigle sindacali prendiamo decisamente le distanze dalle lodi sperticate in favore di Regioni e Ministero**. A noi interessa costruire le giuste

condizioni di lavoro per i medici di medicina generale, per cui rigettiamo al mittente questo atto di indirizzo.



## # MEDICI AL LAVORO SINO A 72 ANNI? INACCETTABILE!



**Tenere i medici al lavoro fino a settantadue anni non è la soluzione.** Piuttosto, il governo e la maggioranza dovrebbero pensare ad un **sistema sanitario equilibrato** che non carichi all'inverosimile i medici, soprattutto quelli di medicina generale, costringendoli a lasciare la professione anticipatamente. Potrebbe essere una **sorta di regalo ai professori universitari e ai primari** che di fatto bloccherebbe l'avanzamento di carriera dei medici più giovani e nel contempo un assist alle casse

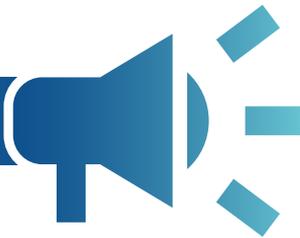
previdenziali che pagherebbero due anni in meno di pensioni incassando due anni in più di contributi.

**Si avvantaggiano pochi e si danneggiano tanti medici, soprattutto quelli delle giovani generazioni.**

La soluzione non è tenere i medici sino ai 72 anni, escluso rarissime eccezioni, ma **trovare soluzioni che permettano a chi lavora di poterlo fare in modo equilibrato senza andare in burnout** e quindi lasciare la professione anticipatamente.



ABBIAMO DETTO CHE:



## IRRICEVIBILI I PROGETTI CHE VEDONO L'APERTURA VOLONTARIA DEGLI STUDI MEDICI NELLE GIORNATE DI SABATO, DOMENICA E FESTIVI 24 ORE SU 24.

Invece di programmare seriamente l'**assistenza territoriale che fa acqua da tutte le parti**, non per colpa dei Medici di Medicina Generale ma per una cattiva programmazione nazionale e regionale, con la giustificazione di congestionamento dei Pronto Soccorso con gli accessi impropri, si preferisce tentare di mettere delle **pezze che rischiano di diventare peggiori dei buchi**.

“Non si può pensare neanche lontanamente che un Medico possa lavorare, anche nell'interesse dei pazienti da assistere, di continuo senza il giusto ristoro psico fisico, a conclusione di un lavoro settimanale che è già molto pesante. Inoltre il pericolo che aleggia in contesti come questo è che lo Stato **possa far entrare dalla finestra un accordo volontario** che potrebbe poi diventare **obbligatorio** normandolo e facendolo entrare dalla porta principale.

Il medico di M.G. h24 senza che ci sia il personale e le strutture logistiche, denuncia che il progetto è totalmente decontestualizzato dalla situazione sanitaria territoriale del momento. Ci potrebbe esporre ad un lavoro esteso praticamente a giorno e notte per tutti, senza alcuna possibilità di individuare sostituti per le ferie, di potersi assentare per malattia e per il dovuto riposo.

Il medico si troverà ad affrontare di tutto senza gli investimenti adeguati, in strutture non ido-

nee e con scarso personale di supporto in una **sorta di comparto di guardia medica generalizzata**.

**Non ci sono allo stato le condizioni per assicurare una vera turnazione** e potrebbe paventarsi uno scenario drammatico in cui il **medico diverrebbe schiavo della sua stessa attività**, con situazioni estreme, di fatto fuori legge, di medici costretti a svolgere la propria attività continuamente con conseguente possibile nocimento per i pazienti.



## AUSPICABILE IN TUTTA ITALIA LA DEMATERIALIZZATA VERA SENZA PIÙ CARTA #

Scampato il ritorno alla ricetta cartacea con il decreto milleproroghe che all'ultimo momento sposta di un anno la possibilità dell'utilizzo della ricetta elettronica, cioè la possibilità ai Medici di ricorrere alla prescrizione dematerializzata sostituendo quella cartacea che, finita la pandemia, sarebbe scaduta a fine anno. In questa maniera i **pazienti possono evitare di recarsi fisicamente nello studio del medico per ritirare la ricetta cartacea** e ricevere invece il numero di quella elettronica da utilizzare per acquistare i farmaci. **Avremmo fatti i gamberi** andando continuamente indietro non

consentendo ai pazienti di avere prescrizioni in tempi brevi e dover raggiungere gli studi medici sempre super affollati. È un vantaggio non da poco per chi ad esempio non riesce a deambulare, ha orari di lavoro proibitivi o altre difficoltà logistiche.

Ci sono già tanti modelli virtuosi, come in Veneto dove la ricetta digitale è strutturale consentendo ai Medici di diminuire il lavoro di passacarte e di concentrarsi sulle visite ai propri malati, non perdendo tempo con la burocrazia che attanaglia quotidianamente la nostra attività di clinici.

Dobbiamo lavorare per una ri-

chetta **dematerializzata vera** e non più una **decolorata**. Dobbiamo spingere sulla telemedicina e su una dematerializzazione completa per cui il governo si impegni sul fronte di una **nuova medicina che non faccia marciare le persone ma i dati** e con la scomparsa totale della carta per le prescrizioni mediche



### # NOTA 100 AIFA

È iniqua e crea ulteriori aggravii per i Medici di Medicina Generale secondo Snami, a difesa dei tanti medici di medicina generale lasciati al loro destino e continuamente **soffocati da una mole di lavoro** che è di impaccio alla loro attività clinica nel territorio.

A scadenze quasi fisse arrivano provvedimenti che danneg-

giano enormemente i medici di medicina generale. Da oggi di fatto sono gli unici a doversi sobbarcare la prescrizione dei piani terapeutici per i pazienti diabetici, attraverso il sistema telematico Tessera sanitaria.

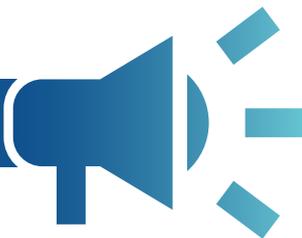
È lungo l'elenco di incombenze che si sommano ad una serie di compiti e oneri, tutti posti sulle spalle dei medici di medi-

cina generale. Come al solito la **nota 100 è stata emanata senza alcuna consultazione** e di fatto spiazzando ancora una volta tutta la categoria.

Non è possibile lavorare in questa maniera se quasi per ogni farmaco che si prescrive si deve applicare una nota o tener conto di un piano terapeutico o di altre limitazioni.



ABBIAMO DETTO CHE:



## # RIPARTIAMO DALLA FORMAZIONE DEI MEDICI

La carenza dei Medici di Medicina Generale è una triste realtà e si lavora letteralmente schiacciati dal peso di una **burocrazia** spesso inutile dal moltiplicarsi dei **disservizi** che spesso inducono i colleghi a cambiare specialità.

Sono state aumentate le borse ma non vengono banditi i concorsi e le stesse non sono nemmeno più opzionate visto lo scarso appeal del CFSMG.

La legge 368 del '99 che rego-

lamenta la formazione post laurea, impone che il corso di formazione in medicina generale **inizi obbligatoriamente il 1 novembre** ed è per questo che chiediamo al Ministro di agire subito e procedere all'indizione del bando di concorso.

Questo governo ha dichiarato che **le leggi finalmente si rispettano** ed è per questo che dobbiamo partire dalla formazione dei giovani medici, auspicando nel contempo anche in un per-

corso innovativo verso la **riforma della formazione specialistica in Medicina Generale**.



### Non siamo i tappabuchi dei pediatri.



## MEDICI DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI #

Noi che quotidianamente seguiamo i nostri pazienti, dal mattino e per tutta la notte, senza alcuna interruzione rispondendo ad ogni necessità degli assistiti.

**I pediatri invece garantiscono l'assistenza sanitaria che va dalle 8 alle 20** per cui il loro trattamento contrattuale danneggia l'intera categoria dei Medici di Medicina Generale.

I pediatri di fatto non riescono ad assicurare una piena copertura assistenziale. Potrebbero diventare specialisti ambulatoriali perché è paradossale.

che il medico di **medicina generale a ciclo orario deve gratuitamente surrogare** una carenza del sistema.

## SANITÀ TERRITORIALE DEL FUTURO #

È improcrastinabile affrontare la sostenibilità del sistema attraverso degli organizzativi pratici per andare avanti.

Politica e loro “consiglieri” responsabili del crollo del sistema di un sistema in default di cui due sono le priorità più urgenti: **l’adeguamento dei nostri emolumenti e una buona organizzazione.**

Non è possibile pensare che la medicina generale sia attrattiva per i giovani medici perchè da tempo il nostro potere d’acquisto è diminuito e siamo in sofferenza economica anche per i continui aumenti, soprattutto per chi ha più di uno studio o del personale di segreteria ed infermieristico.

Occorre **evitare il tutto gratis al pronto soccorso** per i codici minori per disincentivare gli accessi impropri, far morire il cartaceo e **ricettare solo on-line** attraverso una dematerializzata vera e non l’attuale *decolorata*, avere la **segreteria gratuita** condivisa ogni tre/quattro medici, **autocertificazione dei primi tre giorni di malattia**, far viaggiare i dati sanitari in una **card** in dotazione al cittadino implementata da ogni sanitario che vede e visita il paziente, possibilità di **mul-**

**tiprescrizione di farmaci** per le terapie croniche che il paziente ritira in maniera cadenzata in farmacia, che nessun paziente debba andare dal proprio medico per prescrizione di farmaci e prestazioni indicati da altri medici che devono **prescrivere direttamente**, abolizione di tutta la **burocrazia inutile.**

**Telemedicina** e nuova organizzazione dettata dai piani del **PNRR** e dal **DM 77** non devono essere calate dall’alto e occorre siano condivise con i medici perchè paradossalmente **potrebbero non integrarsi completamente per una buona sanità prossima, presente e disponibile.**

Sono enormi le difficoltà che sta attraversando la sanità pubbli-

ca e occorre trovare le possibili soluzioni per cercare di rafforzare il diritto alla salute sancito dall’Articolo 32 della costituzione **che tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti.**

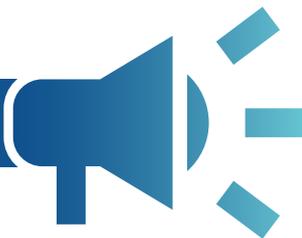
Prima l’aziendalizzazione esasperata della sanità, il suo **definanziamento**, poi la corsa verso la **privatizzazione** sono stati il presupposto per la grave situazione che stiamo vivendo.

C’è inoltre la storia del **DM 77** e del **PNRR** per cui constatiamo che la **sanità pubblica è a un bivio, ripresa o stravolgimento**, per cui obbligo, dobbiamo lavorare perchè ci sia un **rilancio** del sistema sanitario pubblico.





## ABBIAMO DETTO CHE:



I pachidermici **progetti calati dall'alto** senza alcun confronto con chi rappresenta gli addetti ai lavori, cioè i Medici di Medicina Generale, sono **potenzialmente falliti** prima ancora di partire perché **privi di tutti i percorsi** di buon senso e pratici che ben conosce chi lavora quotidianamente nei 60.000 e più studi di medicina generale diffusi capillarmente nel territorio. È noto che depotenziare il sistema pubblico ha il significato di **spalancare le porte al privato**, tutto ciò che non si vuole prevenire come errori o sanare come insuccessi ripetuti, ha il significato di aprire un portone ad una **sanità spersonalizzata e**

**solo per pochi.**

Dobbiamo fare in modo che la cosiddetta ricostruzione non sia preceduta dallo **smantellamento** del sistema in essere, facendo perdere ai cittadini i propri punti di riferimento. **Il Medico deve essere messo in condizione di svolgere la propria professione** con qualità e dedizione e non essere costretto a **sempre nuove mansioni** che inevitabilmente vanno a sottrarre tempo alla cura dei propri assistiti. I Medici di Famiglia **strappati** dai loro studi e costretti a lavorare in strutture che non possono essere altrettanto capillari, come oggi di fatto è, potrebbe **trasformarci in burocrati al ser-**

**vizio non più dei cittadini ma delle stesse burocrazie regionali e aziendali**, vittime di macelati ordini di servizio e della disorganizzazione organizzata delle ASL.

In buona sostanza pensiamo sia difficile partire con le case di comunità previste dal PNRR, **senza una programmazione seria**, ignorando quale componente medica dovrebbe andarci a lavorare, visto che i Medici scarseggiano e chi lavora capillarmente nel territorio **non ha la facoltà di essere fisicamente presente nello stesso momento in due o più luoghi.**



## # CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

Da anni il settore attendeva una **riforma del corso che lo equiparasse a specializzazione** con una rivoluzione copernicana dai contenuti ancestrali. Tutti attendevamo una decisa virata verso una formazione di qualità basata sulla Evidence Based Medicine, sul management, e su contenuti scientifici ed organizzativi innovativi come la telemedicina.



I decreti ministeriali che, a suon di deroghe, hanno vituperato il corso e la sua qualità, creando ulteriori disparità con le specializzazioni e mantenendo **illogiche e nocive incompatibilità** hanno di fatto impedito la libera professione e tante possibilità formative aggiuntive.

L'aver procrastinato il corso 2022 al 2023, secondo la logica ritardataria degli anni precedenti, è stato l'ennesimo **schiaffo alla categoria**, un ulteriore **disservio ai cittadini** perché di fatto non mancano solo i medici ma i Medici formati, soprattutto in Medicina Generale.

Il corso è diventato un **colabrodo normativo** che ora più che mai ha bisogno di una **vera riforma** che rilanci la figura del medico di medicina generale ed



una **formazione universitaria di qualità**, senza incompatibilità e con equiparazione dei diritti e del trattamento remunerativo dei formandi.



## INTERVISTA

### SSN: MORTE O SOPRAVVIVENZA?



#### COME SI POTREBBE RILANCIARE IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE?

Occorre una visione chiara e coraggio su investimenti e riforme. Di contro prevale un **immobilismo** all'insegna di:

- sottofinanziamento cronico;
- carenza di personale sanitario;
- aumento delle diseguglianze;
- modelli organizzativi perdenti;
- avanzata del privato;
- migrazione sanitaria;
- aumento della spesa privata;
- riduzione dell'aspettativa di vita;
- mancata erogazione dei LEA;
- scarso accesso alle innovazioni.



#### SIAMO VICINI AL MOMENTO DEL NON RITORNO?



Purtroppo parrebbe di sì. Di fatto si stanno lasciando indietro le persone più fragili e svantaggiate.

**? NELLO SPECIFICO QUALI SONO I PRINCIPALI PUNTI CRITICI?**

**FINANZIAMENTO PUBBLICO**

In Europa ci collochiamo al 16° posto: ben 15 Paesi investono di più in sanità.

**FRATTURA NORD-SUD ITALIA**

L'entità delle diseguaglianze regionali è palese con tante sanità differenti ed il sud è costantemente al palo.

**LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

I LEA non vengono aggiornati da oltre 6 anni per cui sono inaccessibili ai pazienti numerose innovazioni diagnostico-terapeutiche che nel frattempo la ricerca ha reso disponibili.

**PERSONALE SANITARIO**

Il tetto di spesa sul personale imposto dal progressivo definanziamento, i blocchi contrattuali, la mancata programmazione dei nuovi specialisti, hanno determinato una importante carenza quantitativa di personale sanitario.



**SCARSA INTEGRAZIONE  
TRA ASSISTENZA SANITARIA  
E SOCIO-SANITARIA.**

**MANTENERE UN SSN PUBBLICO EQUO E UNIVERSALISTICO È ANCORA UNA PRIORITÀ DEL NOSTRO PAESE? ?**



I fatti dicono di NO anche se lo dovrebbe essere.



### INTERVISTA

## SSN: MORTE O SOPRAVVIVENZA?



**QUALI DOVREBBERO ESSERE I SEGNALI DI RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PUBBLICO AL FINE DI GARANTIRE IL DIRITTO COSTITUZIONALE ALLA TUTELA DELLA SALUTE SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE?**

**DIFFONDERE LA CULTURA DELLA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE.**

**POTENZIARE GLI INVESTIMENTI IN SANITÀ** allineandoli progressivamente entro il 2030 alla media dei paesi europei, al fine di garantire l'erogazione uniforme dei LEA, l'accesso equo alle innovazioni e il rilancio delle politiche per il personale sanitario.

**GARANTIRE L'AGGIORNAMENTO CONTINUO DEI LEA** e monitorare le Regioni per la loro applicazione.

**PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI**, attraverso delle reti integrate che condividono percorsi assistenziali.



**RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** Normare l'integrazione pubblico-privato e arginare l'espansione della sanità privata accreditata lasciandola solo ai percorsi extra-lea.

**TRASFORMAZIONE DIGITALE** al fine di minimizzare le disuguaglianze e migliorare l'accessibilità ai servizi e l'efficienza in sanità.

**I PROSSIMI AIR DOVRANNO ESSERE ALL'INSEGNA DI UN IMPEGNO LAVORATIVO MINIMO E DI UN FORTE RECUPERO ECONOMICO PER I MEDICI. BISOGNA TENER CONTO DI:**



**L'ASSETTO ORGANIZZATIVO** che deve essere determinato dalla programmazione regionale

**IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.)**

che per migliorare l'organizzazione dei servizi, anche attraverso i PDTA indica che gli AAIRR prevedano l'attiva partecipazione dei medici di medicina generale nella valutazione dei casi sottoposti alle loro cure, che si esplica nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente

**IL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.)**

prevede una attiva partecipazione dei medici di medicina generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.

**L'ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO**

che per quanto è possibile deve essere evitato per prestazioni non urgenti.

**LE LISTE D'ATTESA ED APPROPRIATEZZA.**

**I FLUSSI INFORMATIVI** anche attraverso la cooperazione ed interoperabilità dei propri applicativi, nel rispetto della normativa sulla privacy.

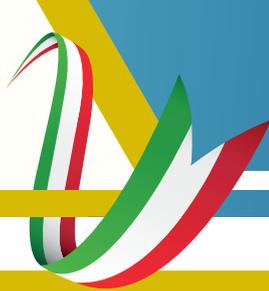
**L'ATTIVITÀ DIDATTICA** anche in riferimento al fabbisogno regionale di animatori di formazione e la creazione di un elenco regionale.

**IL RAPPORTO OTTIMALE** nel determinare per ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale i valori del rapporto ottimale dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, con possibile variazione in aumento fino al 30%, e a rapporto orario, con possibile variazione in diminuzione o in aumento fino al 30%.

**LE MODALITÀ DI CONTATTABILITÀ DEL MEDICO**

del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio che vanno disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali





## INTERVISTA

## AIR AL PROSSIMO DECOLLO



**QUALI DOVREBBERO ESSERE I SEGNALI DI RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PUBBLICO AL FINE DI GARANTIRE IL DIRITTO COSTITUZIONALE ALLA TUTELA DELLA SALUTE SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE?**

**L'INNALZAMENTO DEL MASSIMALE A 1800 PAZIENTI** che si può prevedere nell'AIR fino al limite massimo di 1.800 scelte esclusivamente per i medici che operano nell'ambito delle forme organizzative multiprofessionali del ruolo unico di assistenza primaria, con personale di segreteria e infermieri ed eventualmente altro personale sanitario, per assicurare la continuità dell'assistenza, come previsto dall'articolo 35, comma 5 e/o in aree disagiate individuate dalla Regione nelle quali tale innalzamento si rende necessario per garantire l'assistenza.

**L'ASSISTENZA AI TURISTI E LE VISITE OCCASIONALI** per cui le prestazioni sono compensate direttamente dal cittadino .



**OCCORRE TENER CONTO DI ALTRO?**



**SI.** Delle indicazioni del Ministero della Salute in riferimento soprattutto alle funzioni e standard del Distretto. In particolare:

### Casa della Comunità

Aperte fino a 24h su 24 e 7 giorni su 7, oltre 1350 Case della Comunità finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio nazionale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano

il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione.

### Centrale operativa 116117

La Centrale operativa 116117 (Numero Europeo Armonizzato - NEA per le cure mediche non urgenti) è il servizio telefonico gratuito a disposizione di tutta la popolazione, 24 ore al giorno tutti i giorni, da contattare per ogni esigenza sanitaria e socio-sanitaria a bassa intensità assistenziale.

### **Centrale Operativa Territoriale**

La Centrale Operativa Territoriale (COT) svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

### **Infermiere di Famiglia e Comunità**

È la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera. Non solo si occupa delle cure assistenziali verso i pazienti, ma interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità per rispondere a nuovi bisogni attuali o potenziali.

### **Unità di continuità assistenziale**

È un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

### **Assistenza domiciliare**

La casa come primo luogo di cura. Le Cure domiciliari sono un servizio del Distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

### **Ospedale di comunità**

È una struttura sanitaria di ricovero dell'Assistenza Territoriale, con 20 posti letto, che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

### **Rete delle cure Palliative**

È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

### **Telemedicina**

Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.



**QUALI SONO SECONDO SNAMI GLI ASPETTI CHE GLI ACCORDI REGIONALI DOVREBBERO FOCALIZZARE?**

### **1** SEMPLIFICAZIONE DELLA BUROCRATICA

Dovrebbe, dove già non lo sia, essere abolito il **CERTIFICATO RIENTRO A SCUOLA**;

**LA RICETTA DEMATERIALIZZATA** dovrebbe sparire completamente come cartaceo, come già succede in alcune regioni.

**Le ADI-ADP e tutte le cure domiciliari** dovrebbero essere attivate attraverso una **piattaforma regionale** da parte del medico e si intendono approvate come assenso dopo 15 giorni di silenzio. Il responsabile di distretto o il medico delegato al servizio che necessita di delucidazioni entro i 15 giorni dalla richiesta del medico in riferimento alla proposta di attivazione, concorda con il medico proponente un **incontro telefonico o video chiamata, non in orario di studio**.

L'uso della piattaforma varrebbe anche per la rendicontazione;

### RICETTAZIONE DIRETTA DA PARTE DELLO SPECIALISTA SSN

Lo specialista ospedaliero, lo specialista ambulatoriale, lo specialista convenzionato esterno oppure all'atto della dimissione **effettua direttamente la prescrizione dei farmaci ed eventuali approfondimenti diagnostici** dematerializzando le prescrizioni. Se lo specialista non ha le credenziali oppure c'è un malfunzionamento del sistema effettua tali prescrizioni anche a mano su ricettario SSN. Per nessun motivo deve essere richiesta al MMG una prescrizione che ha omesso un altro sanitario SSN.

Nel caso lo specialista non ottemperasse in tal senso il medico può effettuare una **segnalazione attraverso la piattaforma regionale dedicata**;

### CERTIFICAZIONE DI MALATTIA DA PARTE DI QUALSIASI MEDICO ABILITATO ALLA PROFESSIONE.

Se qualsiasi medico abilitato alla professione non ottempera nel rilasciare direttamente regolare certificazione di malattia al paziente che ha visitato ed a cui ha assegnato una prognosi ma lo invia dal proprio medico curante perché la effettui, il medico curante stesso può effettuare una **segnalazione attraverso la piattaforma regionale dedicata**;

### PRESCRIZIONE PRESID

La prescrizione di presidi come pannoloni, cateteri etc... avviene una sola volta attraverso attraverso la **piattaforma**.

## 2 INDENNITÀ DI COLLABORATORE DI STUDIO PER TUTTI I MEDICI

Tutti i Medici dovrebbero avere il diritto ad avere personale di segreteria.

Il personale collaboratore di studio operante presso i medici di assistenza primaria supporta le attività amministrative e organizzative dei medici in presenza, garantendo almeno i seguenti servizi minimi:

- risposta agli utenti da parte di un operatore;
- gestione appuntamenti;
- possibilità di comunicazione delle chiamate al medico.

## 3 LA GESTIONE DI TUTTI I PERCORSI BUROCRATICI TRAMITE PIATTAFORMA

Bisogna che mail e altre forme di interlocuzione tra Medici lascino il posto ad una piattaforma digitale.

Ai fini del riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio, il collaboratore è scelto preferibilmente tra quelli che si sono qualificati con la frequenza dello specifico corso di formazione definito dalla Provincia e che sono inseriti in un apposito elenco.

**Il medico che si avvale di un collaboratore non inserito in tale elenco è tenuto a garantirne la formazione, anche effettuata personalmente, nel più breve tempo possibile.**

La regione o le le aziende organizzano iniziative di formazione continua e aggiornamento per i collaboratori di studio, relative a innovazioni organizzative e altre tematiche di interesse.

## 4 LA INCENTIVAZIONE ECONOMICA PER I PAZIENTI OLTRE IL MASSIMALE



Il collaboratore può essere:

- assunto con rapporto di dipendenza regolato secondo il contratto nazionale dei dipendenti degli studi professionali;
- fornito da società, cooperative e associazioni di servizio, nel rispetto della normativa vigente.
- assunto attraverso altra modalità.





## INTERVISTA

## AIR AL PROSSIMO DECOLLO

### 5 | LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

#### ASSISTENZA DOMICILIARE

Il MMG, oltre le normali visite effettuate in studio o a domicilio del paziente per eventi acuti, ha la possibilità di attivare istituti che servono per migliorare l'accesso del cittadino-paziente ai servizi sanitari

#### CURE DOMICILIARI PROGRAMMATE

Il medico formula la proposta in qualsiasi data, motivandola ai sensi delle norme richiamate, indicando frequenza degli accessi e durata prevista del programma, e la invia all'Azienda per l'approvazione, trascorsi 15 giorni dalla presentazione senza che l'Azienda eccepisca, la domanda deve intendersi accolta. Se il responsabile delle Cure Primarie ha necessità di discutere o avere chiarimenti in merito alla domanda di richiesta del medico scrive alla mail aziendale dello stesso per concordare

un appuntamento telefonico. Possono essere individuati quali soggetti bisognosi di **Cure Domiciliari** coloro che risultano affetti da patologie che necessitano di un monitoraggio (**clinico frequente**) e che hanno difficoltà a recarsi in studio dal medico curante

#### CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è la struttura che si prende in carico la richiesta delle necessità assistenziali del paziente e ad esso possono accedere tutti coloro che ne hanno interesse. Nessun paziente può essere valutato senza che il proprio MMGne sia informato, questi

comunque può rinunciare alla presenza nell'UVT compilando la idonea certificazione per la valutazione (e **Trasmettendola telematicamente**).

La cartella di attivazione viene compilata tramite piattaforma dedicata.

Nelle more dell'attivazione della piattaforma regionale può avvenire via pec dedicata e se questa non presente per pec al protocollo aziendale utilizzando una modulistica dedicata. Il responsabile di distretto o il medico delegato al servizio che necessita di delucidazioni entro i 15 giorni dalla richiesta del medico in riferimento alla proposta di attivazione, concorda con il





medico proponente un **incontro telefonico o video chiamata, non in orario di studio.**

Medico curante e medico responsabile dell'adi concordano il n. di accessi settimanali. Se il paziente dovesse improvvisamente aggravarsi (**e fossero necessari a discrezione del MMG accessi supplementari oltre quelli concordati**) il medico curante chiama (**contatta**) telefonicamente il medico responsabile dell'adi e possono essere concordati plurimi accessi settimanali. Se il medico respon-

sabile dell'adi oppone diniego questo va motivato e per iscritto inviato al curante per pec.

### TELEMEDICINA

Gli accessi domiciliari possono essere eseguiti anche in **MODALITÀ Telemedicina oppure altre modalità che la tecnologia mette a disposizione.**

## 6 RAFFORZAMENTO DELLE PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE

Le PIP eseguibili dai MMG sono quelle elencate nell'ACN ed eventualmente integrate a livello regionale con altre.  
Va aggiornato ed **aumentato il tariffario.**

## 7 IL LAVORO IN RETE QUALE GARANZIA DELLA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

## 9 LA PROMOZIONE DELLA MEDICINA DI INIZIATIVA, PREVENTIVA ED EDUCAZIONE SANITARIA.

## 8 LA CAPILLARE DIFFUSIONE DELL'INFORMATIZZAZIONE E DELLA TELE-MEDICINA

## 10 L'ASSISTENZA AI PAZIENTI CRONICI ANCHE ATTRAVERSO L'ELABORAZIONE DEI PDTA.





## LE INTERVISTE DI SNAMI



### INTERVISTA

## AIR AL PROSSIMO DECOLLO

### 11 LA DEFINIZIONE DI PROCEDURE DI RACCORDO OSPEDALE TERRITORIO.

È ineludibile il confronto fra medici ospedalieri, specialisti convenzionati esterni e medici del territorio. Nelle more della creazione di una piattaforma regionale gli stessi interagiscono tramite la posta elettronica istituzionale direttamente o concordando un incontro telefonico.

### 12 LA PROMOZIONE E LA DIFFUSIONE DELL'UTILIZZO DA PARTE DEI PAZIENTI DEL CORRETTO ACCESSO AI SERVIZI ASSISTENZIALI DELLA MEDICINA GENERALE.

### 13 LA PRESENZA DEI MEDICI A RUOLO UNICO NELLE CASE DI COMUNITÀ.



## LE INTERVISTE DI SNAMI



INTERVISTA

### L'ARTICOLO 32 DELLA CARTA SUL DIRITTO FONDAMENTALE ALLA SALUTE

#### ? ESISTE ANCORA L'ARTICOLO 32 DELLA COSTITUZIONE?

I dubbi sono tanti. Di fatto è **“molto malato”**. La costituzione va difesa e applicata. Bisognerebbe dire basta ai tagli e chiedere il rilancio del Servizio sanitario nazionale, investimenti e assunzioni per un settore che ora rischia «il collasso».



#### OGGI CI SI PUÒ ANCORA CURARE? ?



Difficile asserirlo se ci sono più di 4 milioni di persone che non si curano perché non hanno i soldi. È il momento di dire basta ad una lunga stagione che ha privatizzato la sanità. Devono aumentare le risorse e il personale sanitario, perché mancano medici e infermieri, i pronto soccorso sono strapieni e le liste di attesa troppo lunghe.



## INTERVISTA

# L'ARTICOLO 32 DELLA CARTA SUL DIRITTO FONDAMENTALE ALLA SALUTE

### ? I TAGLI IN SANITÀ SONO STATI IMPORTANTI?

Vergognosi. Negli ultimi vent'anni sono stati tagliati 40 miliardi alla sanità pubblica e la spesa sanitaria è scesa di nuovo sotto il 7% del Pil.

Per questo bisognerebbe spendere bene i finanziamenti del Pnrr ed intervenire anche con i soldi del Mes, meccanismo europeo di stabilità per la risoluzione delle crisi per gli stati dell'area euro.



### LA SINTESI IN DUE PAROLE SULLO STATO DELL'ARTE DELL'ATTUALE SITUAZIONE IN SANITÀ...



Manca la speranza e siamo diffidenti sulla serietà di chi dovrebbe gestire la ripresa.



## LE INTERVISTE DI SNAMI



INTERVISTA

# MIGLIORARE LE CURE PRIMARIE ANCHE ATTRAVERSO LA RIFORMA DELLA FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

### ? LA MEDICINA GENERALE VA RIFORMATA?



Da tempo sosteniamo la necessità di riformare la formazione in medicina generale quale passaggio cruciale per favorire il miglioramento dell'assistenza sanitaria territoriale e la qualità del lavoro dei Medici.

### QUALI COMMENTI ALLE DICHIARAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE DELLA ISTITUZIONE DELLA SPECIALIZZAZIONE UNIVERSITARIA IN MEDICINA GENERALE?



La formazione attuale, non universitaria, frammentata in corsi regionali estremamente disomogenei e spesso poco professionalizzanti necessita di un cambiamento dal momento che l'Italia è uno dei pochi Paesi in Europa a non avere un percorso di tipo accademico in medicina generale.

Per cui ben venga la specialità in Medicina Generale universitaria anche con l'**equiparazione economica della borsa**, attualmente è circa la metà, a quanto percepiscono gli specializzandi degli altri corsi di specializzazione.





## INTERVISTA

# MIGLIORARE LE CURE PRIMARIE ANCHE ATTRAVERSO LA RIFORMA DELLA FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE



### ED INQUADRAMENTO DEI MEDICI DI FAMIGLIA IN UN RAPPORTO DI LAVORO A DIPENDENZA?

In linea generale non siamo favorevoli.

Il tutto comunque dovrebbe essere inquadrato in una eventuale differente organizzazione e magari con un progetto pilota.



### OSPEDALI E CASE DI COMUNITÀ?



Da una parte c'è la considerazione che le Case di Comunità ed Ospedali di Comunità siano in grado di dare risposta ai rinnovati e crescenti bisogni di salute della popolazione nel contesto di un servizio sanitario gravato dalla sempre maggiore prevalenza delle patologie croniche e delle

multi-morbilità, dalla carenza di personale, dalla scarsa integrazione tra ospedale e territorio e dal conseguente sovraccarico dei Pronto Soccorso.

**Al momento potrebbero essere solo dei contenitori vuoti.**

## ? PERCHÉ LA MEDICINA GENERALE SI È RIDOTTA COSÌ MALE?

La medicina del territorio, è stata progressivamente depauperata dagli scarsi investimenti, minata dalla sempre minore attrattività di un percorso formativo che registra, ogni anno, ritardi ed abbandoni e bloccata da interessi di parte.

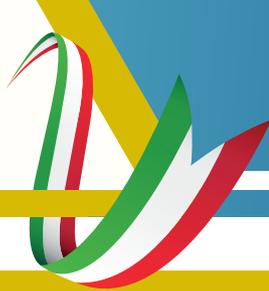


## QUALE SANITÀ FUTURA SAREBBE AUSPICABILE? ?



Una sanità che preveda una presa in carico globale dei pazienti cronici e fragili attraverso il passaggio da un modello ospedalocentrico ad un modello assistenziale proattivo e globale che abbia quale fulcro le cure primarie e quale regista il medico di medicina generale.





## LE INTERVISTE DI SNAMI



INTERVISTA

### MIGLIORARE LE CURE PRIMARIE ANCHE ATTRAVERSO LA RIFORMA DELLA FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE



**PER IL MINISTRO SCHILLACI IL MODO PER RISOLVERE IL PROBLEMA DELLA PRESENZA DEI MEDICI DI FAMIGLIA NELLE CASE DI COMUNITÀ È MANDARCI I GIOVANI MEDICI CON UN RAPPORTO DI DIPENDENZA.**

Una cosa è una boutade estemporanea ed un'altra un progetto serio e articolato che come tale sarebbe meritevole di attenzione e considerazione.

Un altro problema potrebbe essere la nostra cassa di previdenza, l'ENPAM.

È vero che ormai la convenzione oggi è divenuta una sorta di dipendenza mascherata senza i vantaggi della vera dipendenza, ma è altrettanto vero che un **salto nel buio** sarebbe peggio della cosiddetta pezza che si vorrebbe mettere.



**L'UNIVERSALITÀ DELLE PRESTAZIONI SANITARIE È ANCORA ATTUALE?**



Certamente e in parte oggi, che non è così, ne capiamo l'importanza.

È chiaro che sin dalla sua istituzione il Servizio Sanitario Nazionale è stato caratterizzato dai principi di "universalità" ed "eguaglianza", come da riforma del 1978 assicurando l'egua-

glianza dei cittadini nei confronti del servizio senza distinzione di condizioni individuali o sociali. Una universalità dell'assistenza per tutta la popolazione tramite il SSN e finanziato con la fiscalità generale.

**? QUALE È STATA LA PIÙ PROFONDA DISTORSIONE DI TUTTO CIÒ?**

Dare in molti casi tutto a tutti, quasi a prescindere dai bisogni. Importante è stata la compartecipazione del costo delle prestazioni, ma evidentemente ciò non è bastato.

Secondo Snami dovrebbero estendere le **esenzioni per altre patologie** oltre le attuali, perchè chi è sfortunato ad essersi ammalato non dovrebbe anche es-



sere penalizzato a dover gravare il proprio bilancio familiare con ulteriori costi.

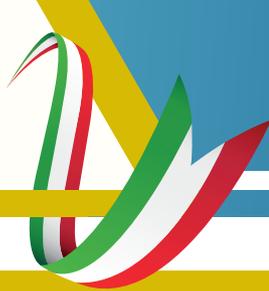
**Viceversa pensiamo che un giro di vite nei controlli e nel rivedere alcune esenzioni possa essere salutare.**

Sappiamo che quando si ottiene una esenzione per reddito quel paziente può diventare un **“consumatore seriale di sanità”** incontrollato.

Quindi il tutto dovrebbe volgere a **prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha bisogno** secondo un principio di **“eguaglianza”** ed il principio di **“universalità”** del SSN che sono i presupposti per assicurare la

coesione sociale del Paese e per contrastare le conseguenze sulla salute dovute alle disuguaglianze sociali, derivate dalle diverse condizioni socio-economiche dei singoli territori.





## LE INTERVISTE DI SNAMI



INTERVISTA

### LA SANITÀ DOPO IL COVID

#### ? A CHE PUNTO SIAMO NEL RECUPERO DELLE PRESTAZIONI NON RECUPERATE

L'anno scorso sono state recuperate due prestazioni su tre non effettuate nel periodo covid cioè circa il 65% ed i risultati evidenziano una notevole variabilità tra le varie Regioni ed anche all'interno della stessa Regione. **Persistono i disagi** per i pazienti che non trovando risposta nel servizio sanitario nazionale si rivolgono al privato, rinunciano ad effettuare le prestazioni sanitarie. Di fatto più di **110 milioni di prestazioni sanitarie ambula-**

**toriale sono saltate e non recuperate.**

Il Ministero ha stanziato notevoli risorse per recuperare in primis i **ricoveri** per gli interventi chirurgici programmati, le **campagne di screening** e per le **prestazioni ambulatoriali**, visite e esami ematochimici. Ogni regione ha elaborato un Por, piano operativo regionale per personalizzare le modalità di recupero delle prestazioni.



### PRONTO SOCCORSO



#### DI CHI È LA COLPA DEL CAOS IN PRONTO SOCCORSO? ?

La colpa non è certo dei medici di famiglia, infatti la maggioranza dei cittadini vi si reca senza sentire il proprio medico, ma di tutta la **filiera dell'emergenza**. Ad esempio il **boarding**, ovvero

lo stazionamento dei malati e la carenza di posti letto, anche a fronte dell'aumento dell'età media della popolazione, con un numero nazionale che è il più basso d'Europa.

**? IL COVID HA CONTRIBUITO A QUESTA SITUAZIONE CAOTICA?**



Certamente.  
Ad aggravare la situazione anche la riduzione delle prestazioni specialistiche.

**MOLTI ASSERISCONO CHE I MEDICI DI FAMIGLIA NON VENGONO TROVATI OPPURE NON RISPONDONO AL TELEFONO**



I dati danno indicazione che la maggioranza degli accessi non contatta il proprio medico. In realtà sono i tempi di attesa dilatati per le prestazioni specialistiche e gli esami di laboratorio che favoriscono il super afflusso.



**STATO DELL'ARTE DELLA SALUTE DEGLI ITALIANI**

**? COME VA LA SALUTE DEGLI ITALIANI?**

Non bene tra **cattivi stili di vita**, crisi dell'**assistenza sanitaria sempre più sottofinanziata**, siamo al 13° posto nella graduatoria dei Paesi Ue per spesa pro ca-

pite e al 10° per spesa sanitaria rispetto al Pil, in **un contesto di aumento delle malattie croniche e di invecchiamento della popolazione.**





## INTERVISTA

## LA SANITÀ DOPO IL COVID



**AL DI LÀ DI QUESTI FATTORI COME SI POTREBBE INCIDERE DA SUBITO NEL MIGLIORARE QUESTO TREND?**

Sicuramente attraverso gli screening e promuovendo i corretti stili di vita.



**SOLUZIONI ALLA FONTE?**



La salute e la sanità devono diventare una **priorità dei decisori** per evitare la catastrofe storica che gli Italiani non possono curarsi. È importante creare e far funzionare la rete dei servizi di **cure intermedie**: riorganizzazione del territorio e assistenza integrata.



## ? COSA SI INTENDE PER CURE PRIMARIE?

Per **cure intermedie** si intendono tutti quei servizi di raccordo tra le cure primarie e le cure ospedaliere concepiti per i pazienti che non sono più in fase acuta di malattia che però per le loro condizioni cliniche

non sono ancora in grado di rientrare in sicurezza al proprio domicilio e che quindi devono essere assistiti presso strutture extra-ospedaliere territoriali. Al momento il tutto può essere realizzato con i fondi del PNRR.



## E LE CURE DOMICILIARI? ?

Si inseriscono in questo contesto. Addirittura il PNRR prevede un potenziamento delle cure domiciliari per garantire la presa in carico del 10% della popo-

lazione over 65 entro il 2026. Il tutto sarà gestito dalle Cot, centrali operative territoriali con l'ausilio della telemedicina e del telemonitoraggio.

## ? ENNESIMO SOGNO NEL CASSETTO O PROSPETTIVE SERIE DI REALIZZAZIONE?

Realisticamente si hanno molte, troppe perplessità.





ARTICOLO

## 118 EMERGENZA URGENZA DIGNITÀ E CURE SALVA VITA PER I CITTADINI ITALIANI!

Il settore **Snam Emergenza Urgenza** si rivolge alle istituzioni per sollecitare un intervento urgente affinché la politica metta in cantiere un **immediato provvedimento legislativo** per porre fine all'attuale stato caotico in cui versa la medicina territoriale così come la medicina ospedaliera, iniziando dai pronto soccorso.

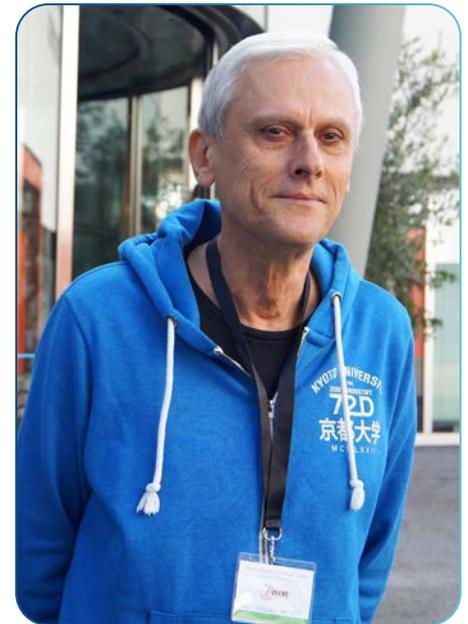
Ci sono in campo nazionale 21 diverse attività di emergenza con il comune denominatore che la continua decurtazione dei medici del 118 sulle auto **mediche/ambulanze**, la sostituzione dei medici di emergenza con l'infermiere e la capricciosa assegnazione del doppio ruolo al

medico EST, (medico del territorio su chiamata in fase di stand-by che deve operare in P.S.), sta mettendo in serio la **rischio la salute pubblica**.

Lo SNAMI Settore EST denuncia che l'autonomia delle politiche regionali hanno **disarmato il territorio**, con la demolizione di un **sistema territoriale che dovrebbe essere a tutela, sicurezza e salvezza tempo dipendente della salute dei cittadini**.

Da anni evochiamo un impegno politico che eviti la morte dell'emergenza territoriale e chiediamo ai nuovi attori della politica nazionale un **decreto legge** che miri alla valorizzazione professionale, con contesti

organizzativi adeguati, per appropriatezza, efficacia, efficienza e sicurezza.





*Dott.ssa Patrizia Patrizi*

ARTICOLO

## TUTTE LE FAVOLE INIZIANO COSÌ...

**C'erano una volta i Medici di famiglia**, coloro che etimologicamente dovevano "curare le malattie", e lo facevano tutti i giorni, coloro che, quando avevano davanti un paziente, dovevano pensare solo a come restituirgli la salute ed esercitare l'arte della medicina sulla base delle conoscenze acquisite in anni di studi. Ad un certo punto però arrivò la **strega cattiva**, la Politica, che volle mettere le mani sul feudo Sanità avvalendosi di una stirpe di orchi chiamati **Burocrati**.

Questi se ne stavano chiusi nei loro uffici, pensando in quale modo poter complicare la vita ai poveri Medici e in realtà ne inventarono tante, dalle note restrittive sui farmaci, ai piani terapeutici, ad iter sempre più macchinosi e lunghi per poter accedere a percorsi diagnostici.

**Senza confrontarsi né chiedere collaborazione**, pretendevano di gestire la sanità come un'azienda, con lo scopo proritario di ridurre le spese senza pensare che dietro quei numeri a loro tanto cari, c'erano persone in

difficoltà che necessitavano di risposte di cura. Mano a mano i Medici di Famiglia cominciarono a sentire il peso di tutto ciò, ma il peggio doveva ancora venire. Del tutto inaspettato arrivò un Mostro di nome **Covid**, terribile, sconosciuto, pericoloso, invisibile, che sconvolse il mondo intero.

**I Medici si ritrovarono in guerra con le scarpe di cartone e senza armi**. In uno stato di caos totale, con pochissimi punti di riferimento, con tanti dubbi ed angosce, con la loro quotidianità stravolta, senza più orari né interruzioni si buttarono comunque nella mischia, soppendo anche ad enormi carenze specialistiche e diagnostiche e fecero il loro dovere con grande professionalità e assunzione di responsabilità, tanto che circa **400 di loro persero la vita** soccombendo a questo nemico terribile...

Nonostante questo, naturalmente, non mancarono anche attacchi tendenti a svilire il loro ruolo da parte di chi faceva parte di quel sistema che avrebbe

dovuto supportarli e difenderli! **E una volta che la guerra fu finita cosa successe ai nostri eroi, vi chiederete?** Beh le cose per loro purtroppo non migliorarono! Questa fiaba finisce qui, perché a tutt'oggi il classico finale "e vissero tutti felici e contenti" purtroppo non le si addice!!

La realtà dei nostri giorni è che i Medici di medicina generale sono sempre di meno, molti (quelli che potevano) dopo la pandemia hanno lasciato la professione e quelli che sono rimasti sono sempre più demotivati ad esercitare una professione in cui non si riconoscono più. È estremamente importante in questo momento ritrovare, o forse conquistare finalmente, all'interno della categoria, quell'**unità** che può permettere di rivendicare fortemente a livello istituzionale il ruolo di centralità sul territorio che compete al MMG. **Per fare questo è fondamentale anche il supporto forte e costante di un Sindacato che operi a vantaggio di tutta la categoria.**



ARTICOLO

## LA RIFORMA DELLA SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA GENERALE È SNAMI

La Medicina Generale rappresenta una pietra angolare del sistema sanitario, offrendo cure primarie di qualità e garantendo un approccio olistico alla salute dei pazienti. Tuttavia, il **percorso formativo attuale** che va dalla laurea in medicina e chirurgia al diploma in Medicina Generale richiede un'**attenta riforma**. In questa rivendicazione, il **Sindacato Autonomo Medici Italiani assume un ruolo guida**, lavorando per promuovere una formazione completa e specifica per i medici di Medicina Generale.

La Medicina Generale richiede un set unico di competenze e conoscenze, in grado di affrontare una vasta gamma di condizioni mediche e di fornire cure



complete ai pazienti. Attualmente, il diploma di medicina generale viene assegnato dopo un periodo di tirocinio in diverse specializzazioni, senza offrire una formazione specifica in Medicina Generale stessa. Questo approccio **limita la preparazione dei MMG** per affrontare le sfide complesse e le situazioni cliniche uniche che si presentano nella loro pratica quotidiana. SNAMI si impegna da anni a sostenere una riforma che garantisca una formazione specifica e approfondita riconoscendo l'importanza di questa specializzazione.

**SNAMI lavora per ottenere il riconoscimento della Medicina Generale come una vera e propria specializzazione.** L'obiettivo è garantire che i medici ricevano una formazione mirata che includa moduli specifici in tematiche come gestione delle malattie croniche, medicina di famiglia, salute mentale, medicina preventiva e molti altri.

SNAMI si impegna anche a promuovere la collaborazione con istituzioni accademiche e orga-



nizzazioni sanitarie per sviluppare un curriculum strutturato e approfondito per la specializzazione in Medicina Generale. In ultimo siamo stati gli unici a proporre un SSD universitario dedicato proprio alla medicina generale.

La riforma proposta dal nostro sindacato rappresenta un importante passo avanti nella valorizzazione dei medici di medicina generale e nella garanzia di cure di qualità per i pazienti.

Una **formazione specialistica in Medicina Generale** consentirebbe ai medici di sviluppare competenze approfondite per gestire le complesse esigenze dei pazienti, migliorando la diagnosi tempestiva, la gestione delle malattie croniche e la pro-

mozione di una salute globale. Inoltre, un core curriculum strutturato avrebbe il potenziale di attirare più giovani medici verso la specializzazione in Medicina Generale, garantendo una forza lavoro più solida e qualificata nel settore.

La riforma della formazione in Medicina Generale rappresenta un obiettivo cruciale per garan-



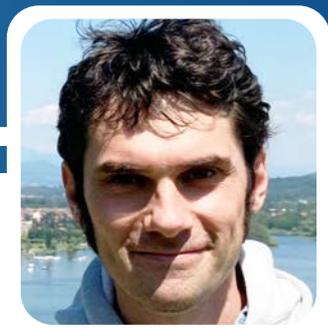
tire cure di qualità e riconoscimento adeguato ai medici generalisti. Grazie al ruolo guida dello SNAMI, i medici in formazione specifica di medicina generale stanno ottenendo una voce più forte e un impegno più incisivo per portare avanti questa riforma. Trasformando il diploma in una vera specializzazione, si promuove un'elevata qualità delle cure e si valorizza il ruolo dei medici generalisti come pilastri del sistema sanitario, offrendo così un futuro promettente per la professione e una salute migliore per i pazienti.

Il Ministro della Salute, On. Orazio Schillaci, ha già espresso parere favorevole, dapprima nella nostra interlocuzione privata e, successivamente, in maniera pubblica dal forum in Masseria di Bruno Vespa.

Solo attraverso una riforma audace del percorso formativo



post lauream possiamo preparare le nuove generazioni di medici ad affrontare il cambiamento con fiducia e determinazione, creando così un futuro in cui la formazione specialistica in medicina generale torni ad essere il perno su cui costruire l'assistenza sanitaria.



ARTICOLO

## LA CONTINUA GIRANDOLA DI EVENTI DEGLI ULTIMI ANNI

La Medicina Generale negli ultimi 3 anni si è trovata ad affrontare sfide inimmaginabili solo qualche mese prima l'inizio della Pandemia.

A partire da quella ci sono stati dei veri e propri **stravolgimenti del modus di lavorare**: rapida spinta alla velocizzazione nella direzione di una digitalizzazione, cambio del rapporto col Paziente (si è passati ad un accesso su appuntamento quasi totalmente), partecipazione alla Campagna vaccinale anti-Covid e gestione della quotidiana routine nel bel mezzo delle varie ondate pandemiche.

Da aggiungere a questo l'attesa della riforma della Medicina Generale che ci si prospetta. In mezzo a tutto questo il Medico di Medicina Generale ha cerca-



to, ognuno col proprio bagaglio umano, professionale e culturale di affrontare ogni sfida sia che fosse di natura clinica sia che fosse di natura umana ed è arrivato ad oggi con la risultante di tanti eventi che hanno toccato ognuno di noi in questo triennio che forse è stato uno dei più difficili degli ultimi decenni. Abbiamo tollerato rapporti altalenanti con colleghi che talvolta per una mancanza di savoir faire o per semplice spirito collaborazionistico ci hanno demandato compiti che non ci spettavano con fare poco professionale, abbiamo affrontato il **carico burocratico** che proprio nei giorni più difficili aumentava invece che diminuire, ci siamo sentiti in certi casi tirati in ballo come l'anello debole della catena del SSN.

**Nonostante queste difficoltà ritengo che la categoria abbia messo mano proprio nei giorni più difficili alla propria parte più umana, più professionale e nella stragrande parte dei casi abbia tenuto la posizione all'interno della Sanità Pubblica.**

Le sfide che ci si prospettano davanti non sono minori di quelle che abbiamo alle spalle, ma continuando a considerare la nostra Professione una missione e centrale il nostro ruolo nel SSN attingendo al coraggio e alla pazienza, parola che spesso viene dimenticata al giorno d'oggi potremo continuare ad aiutare e a rispondere alla quotidianità, che vita e professione ci sottoporranno.



Dott. Gianluca Rossi

ARTICOLO

## MEDICI DEL TERZO MILLENNIO

I cambiamenti del mondo sanitario che ci stanno riguardando in maniera così pervasiva hanno molteplici spiegazioni: dalla **carezza di medici alla crisi economica**, passando per il lungo e difficile **periodo pandemico**. Ma non è mutato solo lo scenario, sono **cambiati anche gli attori**.

Molti di noi, prossimi alla pensione, sono sopravvissuti ad una metamorfosi epocale della professione: dalla ricetta scritta a mano, che dispensava persino i ricostituenti a carico del SSN, siamo passati alla "rossa" con esenzioni e note AIFA, per arrivare infine alla dematerializzata generata dal computer, che è

comparso sulle nostre scrivanie circa 20 anni fa e senza il quale oggi non possiamo più lavorare. È cambiato lo scenario e sono cambiati gli attori, ovvero i pazienti. Ma possiamo ancora chiamarli "pazienti"? "Paziente" deriva da un verbo latino che identifica colui che "soffre", "sofferta", "permette", in pratica uno che si fida e si affida (al medico). Il "paziente" è stato storicamente generato da un mito laico, quello di Prometeo, che ha trovato il corrispettivo in un mito biblico, quello di Eva. Entrambi i personaggi mitologici si sono resi colpevoli di un furto, segnatamente del fuoco (Prometeo) e della mela (Eva),



che la divinità ha punito con la condanna dell'uomo ad essere "umano", cioè una creatura non più preservata dalla sofferenza e dalla morte. In questa visione arcaica la malattia non poteva che venir vissuta come una colpa, consustanziale alla natura umana. Oggi questo paradigma è radicalmente cambiato: il malato non si sente più colpevole di un peccato originale da espiare, ma **pretende la guarigione, esige la salute e vuole partecipare al suo processo di cura**. Non abbiamo più a che fare con "pazienti", ma con "esigenti" che spesso non si affidano al curante, ma lo sfidano, forti di informazioni mediche attualmente disponibili ovunque. I medici di assistenza



primaria del terzo millennio si trovano quindi a dover mediare tra il malato che esige la salute e le istituzioni sanitarie che la governano con parsimonia e a gestire la credibilità di un sistema spesso inquinato dagli interessi delle industrie farmaceutiche. Si sa, infatti, che i risultati degli studi randomizzati e delle metanalisi sono manipolabili e per questo non devono venir considerati come verità assolute. Gli interessi economici sono altresì all'origine di fenomeni come il disease mongering, ovvero stati fisiologici fatti diventare malattie (si pensi ad esempio alla "sindrome premestruale") e il



disease creep, cioè la modifica di parametri fisiologici per amplificare il patologico (come spiegare diversamente il progressivo calo del valore normale del colesterolo?). In un setting schizoide dove il paziente esige la salute, l'industria farmaceutica favorisce l'overtreatment e la sanità pubblica riduce gli investimenti, il medico di assistenza primaria è costretto a mediare tra istanze spesso contrastanti. Per fare ciò deve agire secondo quelli che sono i cardini della buona pratica clinica:

1. cercare sempre di formulare una diagnosi (e non limitarsi a curare un sintomo);
2. accettare il fatto che la miglior terapia è quella che allevia le sofferenze del paziente (e non quella contenuta nelle linee - guida);
3. in caso di incertezza ragionare sempre utilizzando le scienze fondamentali della medicina (anatomia, fisiologia e fisiopatologia) e il buon senso (e non i protocolli diagnostico-terapeutici).



**Dott. Pasquale Orlando**  
Responsabile Nazionale Assistenza Primaria

ARTICOLO

## MEDICINA GENERALE: SITUAZIONE ATTUALE E ASPETTATIVE

**Accountability.** Nello scrivere della situazione professionale della Medicina Generale, mi è venuto subito in mente questa parola presa a prestito dalla diritto amministrativo nel quale essa significa: **"adozione di comportamenti proattivi e tali da dimostrare la concreta adozione di misure finalizzate ad assicurare l'applicazione del regolamento"**. In Sanità, ovviamente è da intendersi di pari passo con **"responsability"** cioè il doversi responsabilizzare dell'azione intrapresa e di doverne conto in termini di risultati. Direte: cosa c'entra con la Medicina Generale? C'entra, eccome. La Medicina Generale dal 1992, anno delle prime riforme in senso aziendale del Ser-



vizio Sanitario Nazionale, tutto quello che gestisce in termini di risorse pubbliche è oggetto della accountability e della responsibility, in quanto il Medico di Medicina Generale, deve adottare comportamenti proattivi atti ad assicurare l'applicazione delle azioni da intraprendere (accountability) ed essere in grado di essere responsabile in termini di risultati attesi (responsability). Questa doppia veste vede la Medicina Generale, di fatto, come un punto di riferimento irrinunciabile, da parte dell'Azienda, per poter gestire e amministrare le risorse sul territorio. Infatti, sempre più spesso si sente parlare di interventi amministrativo-contabili e di rendicontazione che, in alcu-

ni casi, sono arrivati all'attenzione della Corte dei Conti. Questo ruolo centrale della Medicina Generale, non è, però, supportato dalla effettiva capacità di risposta alle esigenze del Territorio. Anzi, di fronte alla necessità di investire sul territorio, negli ultimi dieci-dodici anni (almeno dalla crisi del 2008) si è assistito ad un depauperamento degli Ospedali e al sottofinanziamento del Territorio, fino ad arrivare al paradosso che l'Ospedale, "razionalizzato", necessiterebbe di una risposta territoriale efficace ed efficiente, proprio nel momento nel quale quest'ultimo è sempre più impoverito. Nonostante questo ancora si sente parlare di "filtro" e quant'altro; quando le condi-

zioni territoriali sono ridotte al lumicino. Quasi colpevolizzando i Medici per delle scelte di governance che subiscono, come tutti gli operatori.

In questo contesto la Medicina Generale ha visto, progressivamente, peggiorare le condizioni di lavoro che, avendo perso o, meglio, non avendo ricevuto i necessari investimenti, è restata sostanzialmente la stessa; districandosi tra mille incombenze burocratiche che sono state scaricate addosso dal sistema che nulla hanno a che vedere con la medicina. Quindi abbiamo, come “sistema Territoriale” perso la centralità e non si vedono all’orizzonte volontà precise per invertire la rotta.

Avremmo bisogno di investimenti per rendere il Territorio, finalmente, capace di gestire la medicina, finalizzando l’azione alla diagnosi e cura delle patologie più frequenti e gestibili, utilizzando diagnostica di primo livello e riservando i casi più complessi ai livelli superiori. Il Medico di Medicina Generale, allora, assumerebbe effettivamente la “responsability” e ricquisterebbe anche la capacità di “accountability” che gli competono. Le riforme proposte dal DM77, mentre da un lato, lasciano intravedere una organizzazione che mette al centro del sistema territorio il MMG, dall’altro non parla di investi-

menti effettivi in termini di tecnologia e soffre, a mio avviso, di subalternità al sistema ospedaliero, al quale, secondo quanto si continua a dire deve fare da “filtro”.

Invece, la Medicina Generale, come ho cercato di spiegare, deve risolvere il più possibile, sul Territorio, le problematiche di Sanità, con diagnosi, cura e prevenzione ed integrazione effettiva con la specialistica ambulatoriale, esterna; in una logica di squadra. Facendosi carico, al contempo, della cronicità. Però, ancora una volta, si continuano a fare proposte che, fuori da un contesto organico, sembrano rivolte a un uditorio “politico”, piuttosto che sanitario.

Per alcuni, infatti, la “dipendenza” piuttosto che la Convenzione risolverebbe i problemi; quasi che l’inquadramento giuridico, di per sè, risolverebbe tutti i problemi che abbiamo citato.

Piacerebbe, invece, sentire proposte vere e concrete di investimento sul territorio, approfittando anche del PNRR.

Oggi, i colleghi della Medicina Generale sentono, almeno per come la vedo, un mix di rassegnazione e frustrazione, non vedendo valorizzato il loro lavoro clinico e le loro indubbia capacità di empatia e di predisposizione al “problem solving”, per inseguire vuote politiche di annunci e di “vere” cariche di bu-



rocrazie avviliti.

Eppure, durante la pandemia la Medicina Generale, assieme ai colleghi degli ospedali e dell’emergenza, hanno dato il loro contributo effettivo, restando i loro studi un Presidio sempre aperto, pagando anche un grande prezzo in termini di caduti sul lavoro, secondi a nessuno.

La voglia di mettere al servizio la loro professionalità c’è; ed è tangibile. La contrattazione del nuovo A.C.N. deve raccogliere la sfida in tal senso e “riscoprire” la clinica, premiando le capacità cliniche, riducendo la burocrazia all’essenziale e a ciascuno per la sua parte di competenza, senza scaricabarile. La politica, però, deve rispondere mettendo a disposizione gli investimenti, senza i quali tutto resterebbe come adesso, o peggio. La Medicina generale, è pronta in tal senso ad assumersi le responsabilità della gestione del Territorio. Basta, però, con la politica degli annunci e dello scaricabarile.



**Dott. Giuseppe Lanna**  
Presidente SNAMI Roma

ARTICOLO

## L'EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE

Come medico e come rappresentante sindacale spesso mi interrogo su quello che è diventata la professione del Medico di Medicina Generale ex condotto ex della mutua, a 45 anni dalla istituzione del SSN.

Ho ormai un'età che mi ha fatto conoscere i "vecchi mutualisti" prima da sostituto poi lavorando insieme in medicina di gruppo ed ucp ed in tutti ho trovato una **corretta comunicazione medico-paziente, la gestione delle cronicità domiciliari, una grande empatia ed anche una naturale collaborazione con gli specialisti, fino ai primi anni del nuovo secolo.**

Poi lentamente ed inesorabilmente il cambiamento della società non è stato seguito di

pari passo da un cambiamento dell'organizzazione del lavoro, non solo del medico di medicina generale ma del comparto sanitario in toto. I ritardi nei rinnovi del contratto stanno spolpando la capacità salariale del medico di medicina generale. Il resto che sicuramente rende ogni giorno più **pesante il lavoro ed il rischio di burnout sempre più imminente**, oltre al cambiamento del rapporto medico-paziente, sono le difficili relazioni con i medici specialisti che ormai in tutta Italia con scuse e mezzucci scaricano sul medico di medicina generale le prescrizioni e le certificazioni, talvolta non condivisibili, che vanno ad aumentare i contrasti con i pazienti una sorta di ciclo



di Deming al contrario.

**Come uscire da questo ciclo infernale?** Alcuni propongono la dipendenza con le annesse tutele sociali, legge 104, ferie ecc, come l'uovo di Colombo, una sorta di passaggio dall'altro lato del tavolo in cui si sta tutti uniti come sul Titanic. Io credo che la soluzione non sia nella forma contrattuale della dipendenza ma nel perseguire valori condivisi e nel coordinamento tra professionisti, in cui l'**autonomia professionale** sia usata nell'interesse del paziente per un'assistenza più efficace ed efficiente.





ARTICOLO

## RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA. PROFESSIONE AL TRAMONTO?

Nel pensare alla situazione professionale del Medico di Medicina Generale non posso non ricordare gli anni in cui quella del medico era l'unica professione sanitaria esistente e legalmente riconosciuta e le altre attività sanitarie erano definite e considerate ausiliari. Anche il medico di medicina generale, aveva un ruolo centrale, specifico, dato dalla complessità di un'attività professionale importante, che gradualmente è venuta meno negli anni per due ordini di fattori. Il primo dovuto alla istituzione della legge 42 del 1999, con cui sono state istituite le professioni sanitarie, con propri ambiti di competenza, autonomia professionale e relative responsabilità.

Il secondo per le scelte della politica e di una parte del mondo sindacale con certe prese di posizione, che da un lato hanno favorito l'aumento del carico burocratico, direi oltre il limite consentito, tanto da diminuire al lumicino il tempo da dedicare alla pratica clinica e dall'altro hanno disinvestito sul territorio provocando progressivamente un peggioramento delle condizioni di lavoro.

Si sta assistendo di fatto ad una **progressiva de-professionalizzazione**, che la categoria sta subendo quasi impotente e che se non sarà corretta da un cambio di rotta, deciso e immediato, a mio avviso, nei prossimi anni sarà **messa in seria discussione la stessa sopravvivenza del ruolo** che fino ad oggi ha avuto il medico di medicina generale, se pensiamo alle straordinarie competenze di cui era titolare il medico condotto.

Il risultato dopo tutti questi anni è che le proposte, oggi nella maggior parte delle realtà regionali, non si sono tradotte nella cosiddetta messa a terra di quanto promesso e dichiarato, ma sono rimaste solo parole, e hanno determinato un peggioramento dell'offerta e risposta sanitaria ai problemi di salute del cittadino con allungamento sempre di più delle liste di attesa, anche di due/tre anni, per approfondimenti diagnostici e visite specialistiche, con continui scaricabarile dall'ospedale al territorio e dagli specialisti ambulatoriali ai medici di medicina generale, fatto che evidenzia il permanere di uno **scollamento tra le diverse pro-**

**fessionalità della medicina e del territorio** a scapito di una migliore gestione del paziente che nel 2023 sarebbe auspicabile.

Si sono fatte solo proposte che, rimanendo fuori da un contesto organico, nel concreto sono solo parole rivolte più alla politica che al modo sanitario.

Il PNRR e il nuovo accordo collettivo nazionale di medicina generale forse rappresentano l'ultima occasione, direi l'ultima spiaggia, per investire concretamente nel territorio e nelle professionalità che vi sono rimaste, delle quali la medicina generale ha la grande responsabilità di avere un ruolo centrale di coordinamento degli interventi sanitari nella gestione del paziente e di cura delle patologie, specie di quelle croniche.

Ruolo sul quale i decisori politici, invece di dibattere su dipendenza sì o dipendenza no, dovrebbero investire seriamente, **ridando ai medici quella dignità professionale** spesso calpestata, migliorandone anche le condizioni di lavoro, divolute oggi in certe realtà insostenibili.



**Dott. Orlando Sorrentino**  
Presidente Provinciale SNAMI Valle d'Aosta

ARTICOLO

## CAMBIAMENTO EPOCALE NELLA MEDICINA GENERALE

In oltre vent'anni di professione e in quasi quindici da titolare di incarico di assistenza primaria convenzionata in Valle d'Aosta, non ho mai avvertito come in questo momento la sensazione di essere di fronte ad un cambiamento epocale.

La mancata programmazione, scelte organizzative inadeguate e una miope quanto negligente visione della politica rispetto alle reali necessità, stanno determinando quello che un po' di tempo fa qualcuno aveva definito come la possibile **"tempesta perfetta"** del sistema sanitario nazionale. Tempesta perfetta della quale le attuali criticità: liste di attese infinite, una pressione sui pronto soccorso senza precedenti e i colpevoli ritardi

nella presa in carico di patologie croniche anche gravi, ne possono rappresentare solo alcune delle tante, inquietanti, avvisaglie.

In questo contesto storico, senza precedenti, siamo tutti chiamati a dare il nostro contributo anche attraverso **un'azione sindacale quanto mai consapevole, efficace e lungimirante**. Un'attività sindacale che potrebbe rivelarsi quanto mai determinante nel dare la giusta direzione ad un percorso di riforma della sanità territoriale, reso finanziariamente sostenibile dalla Missione 6 del PNRR, fondamentale risorsa economica, che però nelle intenzioni originali dovrebbe essere soprattutto impiegata per la costruzione di fabbricati al passo coi tempi, ma che non si sa poi bene come "riempire" e fare funzionare.

**Infatti dopo tanto tempo rischiamo di essere di fronte ad una situazione paradossale, cioè quella di poter disporre di un capitale economico importante, ma di risorse umane insufficienti ad evitare che tale**



**investimento venga sprecato.**

Sarà necessario dunque un impegno straordinario e senza precedenti, a livello nazionale, regionale e aziendale, da parte di tutti gli addetti ai lavori, affinché vengano valutate attentamente le tante cose che funzionano già e che vanno salvate e tutelate, le numerose carenze soprattutto di personale qualificato, e le enormi potenzialità di una assistenza sanitaria territoriale, da tempo trascurata a causa di una visione del SSN troppo spesso "ospedalocentrica".



**INTERVISTA**

## **LA SANITÀ DIGITALE NEL FUTURO DEL SSN E DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

A partire dal primo documento ufficiale completo in materia di telemedicina, le linee di indirizzo nazionali di telemedicina, emanato nel 2014 in conferenza stato Regioni, si è sviluppato un processo di interesse, accelerato dall'evento Covid, sull'utilità di questo nuovo strumento quale risorsa in medicina.

Si è avuto poi, nel 2020, sempre in CSR, l'adozione del documento sulle indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina, finalizzato a definire i metodi di erogazione di alcune prestazioni di telemedicina, nello specifico la televisita, il teleconsulto, la teleconsulenza, la teleassistenza, la telerefertazione.

Di seguito, nel 2022 sono state ufficializzate le linee guida per i servizi di telemedicina, che stabiliscono i requisiti tecnici indispensabili per garantire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza nell'attuazione dei servizi di telemedicina.

Nello scenario che si sta così delineando, il MMG deve raccogliere la sfida ed essere prota-



gonista e promotore di questa innovazione, nell'ottica di limitare, in specifici setting clinici, il ricorso agli strumenti tradizionali, affiancandoli, integrandoli o in certi casi sostituendoli con le misure offerte dalla tecnologia. E, soprattutto, proponendo alla parte pubblica un proprio modello specifico per l'area del territorio, declinato sui pazienti cronici e sulle zone periferiche con difficoltà ad usufruire delle modalità classiche in presenza. A tutto efficientamento del sistema e con un migliore uso delle risorse migliorando con

questi nuovi approcci il rapporto costi/benefici.

L'interesse nella materia è dimostrato dalla istituzione, nella corrente XIX Legislatura, dell'Intergruppo Parlamentare sulla Sanità Digitale, presieduto dall'Onorevole Simona Loizzo, che a seguito di interlocuzione avuta sull'argomento, come dichiarazione per il giornale "Libertà Medica SNAMI" in uscita al XLII Congresso Nazionale SNAMI di ottobre 2023, mi ha rilasciato le seguenti osservazioni.

**On. Loizzo, come può essere definita e declinata la sanità digitale?**

“La sanità digitale è un ponte verso il futuro, e deve essere sviluppata in un quadro di razionale programmazione nel SSN, per porre fine alla vecchia divisione ospedale-territorio. È il metodo del futuro per realizzare la sanità di prossimità del nuovo millennio, alla luce del quadro delle sempre crescenti esigenze di salute per l'innalzamento dell'età media ed il conseguente aumento delle cronicità.

Le terapie digitali sono state accreditate come uno strumento positivamente applicabile per il decorso clinico ed il monitoraggio sul paziente.

La nostra azione come Intergruppo Parlamentare ha la finalità di diminuire sempre più fino ad azzerarlo il gap su questa importante materia tra Italia e gli altri paesi europei, per una innovazione in sanità che sia equa e sostenibile”.

Ringraziando l'On. Loizzo per l'attenzione dedicata, concludo affermando che è interesse di tutti proseguire su questa strada, dedicandovi il necessario impegno e la dovuta attenzione, come investimento verso il futuro, per un innalzamento della qualità delle cure.







# XLIV

CONGRESSO NAZIONALE

ISOLA DELLE FEMMINE  
PALERMO 20  
HOTEL SARACEN 23  
11-15 OTTOBRE

