

N. 13 - Ottobre 2024

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

XLIII

CONGRESSO NAZIONALE

20 ISOLA DELLE FEMMINE
24 PALERMO
HOTEL SARACEN
9-13 OTTOBRE



Il viaggio della Medicina Generale nell'ecosistema digitale



© 2024 Contatto S.r.l. e Archimedita 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”

Publicato da: Contatto S.r.l. Archimedita Edizioni
Torino, Ottobre 2024

Editore:
Contatto S.r.l. Archimedita 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

INDICE

Editoriale - Dott. Angelo Testa	Pag. 5	Le cure sanitarie non dovrebbero essere un lusso!	Pag. 15
ABBIAMO DETTO CHE:		L'ACN 2019-21 non è un accordo per i giovani Medici!	Pag. 16
Ennesima boutade sulle liste d'attesa	Pag. 6	Chi poco conosce il nostro lavoro può programmarlo?	Pag. 17
DDL liste d'attesa: va bene ma è solo l'inizio del percorso	Pag. 6	ACN 2019-2021: le firme devono migliorare la professione e non svilirla!	Pag. 18
Chiedere ai Medici di pagare l'affitto nelle case di comunità sarebbe una beffa!	Pag. 7	Pronto Soccorso intasati	Pag. 19
Commistione tra Medici e Farmacisti?	Pag. 7	Il concorso accesso a Medicina è un disastro annunciato	Pag. 19
La farmacia dei servizi tende ad allargarsi?	Pag. 8	I Pronto Soccorso sono in tilt per una mancata programmazione!	Pag. 20
Dov'è un eventuale conflitto di interesse?	Pag. 8	Educazione sanitaria ai cittadini!	Pag. 21
La conclusione?	Pag. 9	C'è necessità di rivedere il sistema	Pag. 22
Il ruolo unico dell'assistenza primaria è colmo di criticità!	Pag. 9	L'aumento delle borse di studio non risolverà le carenze in Medicina Generale	Pag. 23
Siamo Medici di Famiglia non riempi fascicoli!	Pag. 10	Il decreto liste d'attesa è da correggere!	Pag. 24
Meno ricoveri con le case di comunità	Pag. 10	Insostituibile il rapporto Medico-Paziente	Pag. 24
Prescrizione diretta da parte dello specialista	Pag. 11	Dovrebbe aumentare la quota capitaria	Pag. 25
Utili i tagli alle prescrizioni?	Pag. 11	Dovrebbe esserci tolleranza zero per le prescrizioni indotte	Pag. 26
Con il decreto liste di attesa tagli alle prescrizioni e tagli alla salute	Pag. 12	Cronicità e prevenzione	Pag. 27
Abolizione numero chiuso in Medicina? Continua la saga degli orrori!	Pag. 12	"Bastoni tra le ruote" da burocrati e politici ignoranti	Pag. 28
Rispetto per i Medici di guardia! Il fuggo è l'assistenza primaria	Pag. 13		
Investimenti e specializzazione in Medicina Generale	Pag. 14		
I certificati di malattia in televisita hanno troppe criticità	Pag. 14		





DOTT. ANGELO TESTA

EDITORIALE

LA SANITÀ TRADITA “ERA GIÀ TUTTO PREVISTO...”

Da circa vent’anni la politica ha considerato la sanità pubblica solo come voce di spesa e non come risorsa per i cittadini, **definanziando e tagliando in maniera schizofrenica**, con il risultato di una drammatica caduta numerica del personale in servizio, sia medico che infermieristico.

Un **tradimento** verso il senso e il contenuto di quell’articolo 32 della Costituzione che prevede un’assistenza globale e gratuita per tutti.

Un cittadino che **paga due volte una prestazione sanitaria**: prima con le proprie tasse e poi di tasca propria quando mette mano al portafogli per pagare il privato. E spesso non può permetterselo e mette in **crisi la propria famiglia**.

In questo contesto il **Medico di Medicina Generale rimane il fulcro del sistema** nonostante sia **affossato dal sovraccarico di incombenze burocratiche** che snaturano la sua stessa vocazione di medico e rubano spazio prezioso alla clinica.

Come rilanciare il sistema sanitario pubblico?

Amesso che lo si voglia fare bisogna **assumere e pagare bene** in primis e **rimodulare il sistema tutto** anche attraverso l’**evoluzione tecnologica della telemedicina e della sanità digitale**, rafforzando soprattutto gli strumenti utili a migliorare la qualità, l’efficacia e l’efficienza delle prestazioni erogate alle **persone con patologie croniche**, partendo dai bisogni di salute delle persone assistite.

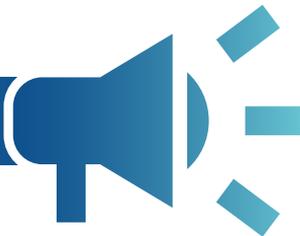
In buona sostanza la realizzazione di nuovi modelli organizzativi e delle buone pratiche, anche attraverso lo sviluppo degli strumenti di **Intelligenza Artificiale**.

Ci riusciremo? È arduo ma è **imprescindibile che dobbiamo per forza riuscirci!**

Dott. Angelo Testa
Presidente Nazionale SNAMI



ABBIAMO DETTO CHE:



ENNESIMA BOUTADE SULLE LISTE D'ATTESA

Che il Fascicolo Sanitario Elettronico e l'intelligenza artificiale rappresentino la soluzione alle problematiche delle liste di attesa sono solo **parole**, quindi una **boutade** su un argomento molto importante che poco si conosce.

I medici di famiglia, da anni, sono altamente informatizzati,

eppure, ancora oggi, nella maggior parte dei casi **non possono accedere in tempo reale ai referti ed esami dei loro pazienti**, una situazione non imputabile alla loro responsabilità.



DDL LISTE D'ATTESA: VA BENE MA È SOLO L'INIZIO DEL PERCORSO

Accogliamo con favore il ddl volto a migliorare la **trasparenza e l'efficienza nella gestione delle liste d'attesa**. La creazione di una piattaforma nazionale interoperabile rappresenta un passo avanti significativo verso un



sistema sanitario più accessibile e snello, in linea con gli obiettivi e i percorsi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Crediamo che il riconoscimento dell'importanza di un **sistema centralizzato** che possa monitorare e migliorare le prestazioni sanitarie a livello nazionale sia il viatico per ripartire, alla condizione che questo sia **solo il primo passo**.

Tuttavia, come Medici di Medicina Generale, riteniamo che sia necessario **fare di più** per garantire una sanità davvero efficace e vicina ai cittadini.

Invitiamo il Ministero della Salute a **considerare maggiormente la medicina generale**, anche a tutela delle prestazioni rivolte ai nostri pazienti. Il tutto nell'ottica, anche nostra, di rafforzare il percorso di un **sistema sanitario pubblico** solidale e universalistico, per evitare che chi non ha mezzi e non può pagare debba cessare le cure."



CHIEDERE AI MEDICI DI PAGARE L’AFFITTO NELLE CASE DI COMUNITÀ SAREBBE UNA BEFFA!

Siamo al **paradosso**: i medici di medicina generale controvoglia andranno nelle case di comunità e chi potrebbe essere uno dei loro principali investitori? **Loro stessi!**

È il regalo che **ENPAM** avrebbe deciso di dare ai propri iscritti per contribuire alla costruzione delle case di comunità, le famose **cattedrali nel deserto**, sulle quali neanche più il governo punta. Infatti le sta definanziando e mentre brucia il progetto arriva puntualmente il **pom-**

piere fondazione come aiuto a domare il rogo. Come se non bastasse però la tragedia diventerebbe una **farsa** se venisse chiesto ai medici di pagarsi un affitto per una casa costruita addirittura da loro stessi: **oltre**

al danno la beffa!

Di fatto un percorso surreale ed offensivo per chi dedica quotidianamente la propria vita alla cura degli altri nell’attuale precario ed invivibile contesto che viviamo.



COMMISTIONE TRA MEDICI E FARMACISTI?



Il **medico** fa la diagnosi, prescrive la cura, e il **farmacista** eroga il farmaco. Fra le due categorie **non deve esserci nessuna commistione**, così impone il regio decreto del 1934. Novant’anni dopo la Federazione dei titolari di farmacia italiani (Federfarma) sente il bisogno di allargare il raggio di azione: *“La farmacia può dare un contributo importante alla riduzione delle liste d’attesa come erogatrice di servizi sanitari qualificati sul territorio.”*

Vuol dire che il farmacista può sostituire il medico? O è il medico che va in farmacia?

C’è qualche passaggio un po’ nebuloso e non del tutto chiaro.





LA FARMACIA DEI SERVIZI TENDE AD ALLARGARSI?

La prima riforma che espande l'attività delle farmacie è di 15 anni fa, con il governo Berlusconi IV e ministri della Salute Maurizio Sacconi, poi Ferruccio Fazio. È allora che nasce la cosiddetta «**farmacia dei servizi**». Per fare cosa? Un tramite con i laboratori analisi per l'esame delle urine e la ricerca di sangue

occulto, e tutti quei test di autocontrollo cioè gli esami che il paziente può farsi anche a casa da solo e la farmacia dà un po' di supporto. Questi ed altri servizi per i quali non serve la ricetta medica e che le farmacie offrono a **pagamento**.



DOV'È UN EVENTUALE CONFLITTO DI INTERESSE?

Le norme sono molto chiare: il farmacista non può svolgere, direttamente o per interposta persona, l'attività medica a mezzo di ambulatorio e i medici, in quanto prescrittori di farmaci, non possono esercitare in farmacia.

Questi confini ora si stanno allentando. Infatti il Ddl Semplificazioni del 26 marzo 2024 cambia radicalmente le cose. Tra l'altro le farmacie possono somministrare qualunque tipo di **vaccino** sopra i 12 anni; fare da **sportello per la scelta e re-**

voca del medico di famiglia e del pediatra; vengono promossi i **servizi di telemedicina** come l'elettrocardiogramma e holter pressorio o cardiaco che saranno refertati da un medico che lavora a distanza.



LA CONCLUSIONE?

Che i Farmacisti fanno sempre più i Medici.

Come se i Medici diventassero farmacisti avendo la dispensazione di farmaci all'interno dei propri studi. Questa deriva allo Snamì non piace.



IL RUOLO UNICO DELL'ASSISTENZA PRIMARIA È COLMO DI CRITICITÀ!

C'è la nostra **contrarietà per la nuova figura contrattuale** che unisce l'attività del medico di assistenza primaria a quello di

continuità assistenziale. Ci sono seri dubbi sulla mole lavorativa che graverà per i neo convenzionati e per coloro che

passeranno al nuovo sistema creando una **sovrapposizione** tra l'attività negli studi dei medici di famiglia e quella che dovrà espletarsi nelle nuove strutture previste dal PNRR, che non ci è mai piaciuto e che investe risorse solo per l'edilizia e non per il core del SSN, ovvero **il personale**. È chiaro che se non ci saranno degli **aggiustamenti** si prevede una assistenza territoriale che potrebbe collassare perché non più sostenibile.





SIAMO MEDICI DI FAMIGLIA NON RIEMPI FASCICOLI!

Sono paradossali le recenti critiche avanzate da **FADOI**, Fed. delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, riguardanti il **funzionamento del fascicolo sanitario e il mancato aggiornamento imputabile ai medici di MMG famiglia**.

“La medicina di famiglia non è la sola responsabile dell’aggiornamento del FSE, **né siamo degli amministrativi**.

Al vero siamo noi che con le pre-

scrizioni emesse sovente **aggiorniamo il FSE automaticamente**, mentre ci troviamo sistematicamente a subire le prescrizione di colleghi ospedalieri **svogliati**, per usare un eufemismo!”

“Al contrario, siamo tra i primi a subirne le conseguenze in quanto ci troviamo spesso impossibilitati a ottenere in tempi utili i referti e le dimissioni necessari per garantire un adeguato monitoraggio e trattamento dei pazienti.



MENO RICOVERI CON LE CASE DI COMUNITÀ?



Non riteniamo che le Case di Comunità siano la risposta adeguata per risolvere i problemi legati ai ricoveri. Al contrario, crediamo che sia necessario concentrarsi sull'**aumento dei posti letto ospedalieri sul territorio**.



PRESCRIZIONE DIRETTA DA PARTE DELLO SPECIALISTA

Per contribuire ad un buon funzionamento della Sanità i Medici specialisti **iniziano a prescrivere direttamente**, come previsto dalle norme ma disatteso, **senza demandare al Medico di Medicina Generale che non è il loro scribacchino**. Se utilizzassero il supporto informatico ed un software, miracolosamente, si ritroverebbero il tutto nel fascicolo sanitario elettronico!”



UTILI I TAGLI ALLE PRESCRIZIONI?

Il decreto liste d'attesa in cui si paventa un taglio del 20% delle prescrizioni mediche riflette un'errata programmazione che ora si cerca di scaricare sulle

spalle dei medici, in particolare i medici di medicina generale. Il cittadino ha il sacrosanto diritto di ricevere le cure di cui necessita, senza essere ostaco-

lato da tagli indiscriminati alle prescrizioni mediche. Limitare la possibilità di richiedere esami e consulenze non solo **compromette la salute dei cittadini**, ma mina anche la **fiducia nel sistema sanitario nazionale**.

Il **taglio alle prescrizioni** può diventare una **toppa peggiore del buco** ed il persistere in questa direzione porterà a consegnare di fatto il sistema sanitario al privato, mettendo a serio rischio la qualità dell'assistenza medica e lasciando **una moltitudine di pazienti in balia di se stessi**.”





CON IL DECRETO LISTE DI ATTESA TAGLI ALLE PRESCRIZIONI E TAGLI ALLA SALUTE

Il decreto per tagliare le prescrizioni del 20% è un taglio alla salute dei cittadini italiani. La colpa delle prescrizioni va ricercata nelle **liste di attesa** che non fanno altro che aumentare le richieste prescrittive del privato che poi si abbattono nel pubblico, in particolare sui medici di famiglia. Se si volesse risolvere davvero le lungaggini delle liste si permetterebbe agli specialisti di svolgere la **libera professione**

solo dopo aver esaurito le stesse. Quante sono le prescrizioni fatte in autonomia dai medici di famiglia e quante su **suggerimento** degli specialisti? Una marea. Tagliare le prescrizioni non è la soluzione per far risparmiare lo stato, anzi, vorrebbe dire meno visite, meno controlli e più patologie nel futuro. **Vogliamo misure organizzative e non punitive** che risolvano le liste di attesa, incidano sull'appropriatezza

prescrittiva e diano assistenza ai cittadini.



ABOLIZIONE NUMERO CHIUSO IN MEDICINA? CONTINUA LA SAGA DEGLI ERRORI!

Da tempo stiamo denunciare l'inefficienza della programmazione che ha portato in Italia, soprattutto durante la pandemia, **alla carenza di personale**, una

situazione ampiamente prevedibile a causa dei pensionamenti. Non è un caso che abbiamo assistito all'emanazione di **leggi straordinarie** per tamponare la carenza di medici come il dl semplificazioni e le normative sui 72enni.

Il corso di laurea in medicina e chirurgia non è solo teorico bensì un **percorso pratico** per cui una proposta come questa creerebbe una drastica **diminuzione della qualità formativa**. Non riusciamo a comprendere perché, invece di adottare misure programmate, si decida di aprire indiscriminatamente i



flussi formativi.

SNAMI si oppone fermamente a provvedimenti del genere spesso dettati dalla fretta e dall'improvvisazione, che minano il sistema sanitario nel suo complesso e rischiano di far **regredire l'Italia di almeno cinquant'anni**.



RISPETTO PER I MEDICI DI GUARDIA!

Con profonda preoccupazione notiamo una **manca di completezza nell'affrontare la complessità** e l'importanza della Guardia Medica nell'assistenza sanitaria pubblica. Il servizio di guardia medica è stato istituito per interventi non differibili che non richiedono un intervento immediato di emergenza-urgenza e nel tempo è diventato un punto di riferimento indispensabile e strategico per l'intera collettività.

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche si contrappongono

a una riduzione delle risorse destinate alle strutture ospedaliere e ai Pronto Soccorso, **senza un potenziamento delle risorse territoriali, come il servizio di guardia medica**, che hanno subito ulteriori tagli e chiusure. Questa situazione ha comportato una carenza di camici bianchi nei presidi territoriali e in particolare nel servizio di guardia medica, causando un **impoverimento organizzativo e dell'offerta sanitaria, vedi visite domiciliari**.

La citazione della sentenza della Cassazione nel servizio tele-

visivo, che condanna un sanitario in servizio nella continuità assistenziale si riferisce ad un caso particolare e straordinario che non raffigura la regolarità dell'attività del servizio. **Si tende quindi a rappresentare un tentativo di discredito nei confronti dei numerosi colleghi** che svolgono regolarmente un prezioso servizio. In buona sostanza si cerca un **ago nel pagliaio** per esigenze televisive e di fatto si coinvolge una intera categoria.

IL FUTURO È L'ASSISTENZA PRIMARIA

Ci sono profonde perplessità riguardo alla possibilità che i medici di famiglia siano **presenti contemporaneamente nei loro studi e nelle case di comunità**, sottolineando la necessità di

chiarire e ottimizzare il ruolo dei professionisti della salute nelle diverse strutture sanitarie.

I CAU possono rappresentare non solo un costoso sdoppiamento dell'assistenza primaria,

ma anche una soluzione errata a un problema che potrebbe richiedere approcci innovativi ed integrati.





INVESTIMENTI E SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA GENERALE

Le sfide riguardanti il sistema sanitario italiano, in particolare la medicina di famiglia, sono complesse e richiedono un'ampia trattazione **non riassumibili in articoli generici o comunicati stampa**. Riteniamo fondamentale la figura del medico di famiglia e sottolineiamo da anni la necessità di **un adeguato investimento e valorizzazione della professione** che parta soprattutto dal riconoscimento della **specializzazione universitaria** in medicina generale. Siamo stati i

primi a chiederlo e lo ribadiamo da anni.

È essenziale promuovere politiche che incentivino i giovani laureandi a **intraprendere la carriera di medico di famiglia**, attraverso un percorso universitario e una **revisione delle condizioni economiche e lavorative**. È cruciale aggiornare i programmi formativi per garantire che i medici di famiglia siano adeguatamente preparati a soddisfare le mutate esigenze dei pazienti, compresa l'integra-

zione di strumenti di diagnosi e monitoraggio avanzati previsti anche nel PNRR.



I CERTIFICATI DI MALATTIA IN TELEVISITA HANNO TROPPE CRITICITÀ

Come Snamo riguardo i video consulti per i certificati di malattia rilanciamo l'autocertificazione dei primi 3 giorni ed una riforma organica per la sempli-



ficazione. Il governo vorrebbe semplificare e regolamentare la certificazione con misure parziali e poco coraggiose che potrebbero porre in essere una serie di criticità. Da anni chiediamo l'autocertificazione dei primi 3 giorni da parte degli assistiti, una riforma rivoluzionaria che alleggerirebbe significativamente il lavoro nella medicina territoriale e nel contempo responsabilizzerebbe i pazienti. In Italia i Medici di Medicina Generale sono sottoposti a un carico lavorativo insostenibile in un contesto lo-

gistico fatiscente, ad esempio criticità sulle infrastrutture della banda larga e mancato dialogo tra piattaforme che di fatto rappresentano un ulteriore gravame lavorativo.

Riteniamo oramai indispensabile un decreto semplificazioni che contenga un pacchetto di soluzioni efficaci e risolutive che sburocratizzi davvero la babele di carta e di percorsi burocratici inutili che i medici di medicina generale subiscono e che ridia ai professionisti l'orgoglio medico.

LE CURE SANITARIE NON DOVREBBERO ESSERE UN LUSSO!

Fondazione Gimbe:

Quasi 2 milioni di persone in Italia **rinunciano alle prestazioni sanitarie** a causa di difficoltà economiche.

Circa la metà famiglie hanno speso in media 1.362 euro per la salute nel 2022 mostrando una situazione critica che mina il benessere delle famiglie stesse.

La crescente disparità tra le Regioni, con particolare riferimento al Mezzogiorno, dove l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza risulta inadeguata, amplifica le difficoltà economiche dei nuclei familiari e mette

a rischio la salute di oltre 2,1 milioni di famiglie in condizione di indigenza.”

I cittadini hanno **enormi difficoltà nel prenotare** visite mediche e accertamenti strumentali, nonostante le richieste appropriate e secondo classi di urgenza dei medici di famiglia. Oramai quasi **nessuna priorità impostata viene rispettata** creando certamente disagi ai pazienti, notevoli ritardi nell'erogazione delle visite ritardando così le diagnosi dei medici di medicina generale.

Paradossalmente sono sovente gli specialisti che richiedono una



quantità enorme di esami virando verso una **medicina difensiva esasperata**.

Pertanto bisogna garantire un migliore coordinamento tra i medici di medicina generale e gli specialisti, nonché una maggiore efficienza delle lista di attesa.” È necessario un intervento immediato per **garantire l'uguaglianza nell'accesso alle cure** e per proteggere i più vulnerabili, in particolare nelle regioni del Mezzogiorno, dove l'impatto sanitario, economico e sociale rischia di peggiorare ulteriormente una **condizione di fragilità ed emarginazione**.





L'ACN 2019-21 NON È UN ACCORDO PER I GIOVANI MEDICI!

Non è un'ottima convenzione perché ci sono una **serie di criticità** nonostante l'accordo contenga **arretrati** e aggiornamenti contributivi, queste remunerazioni appaiono insufficienti per gli attuali oneri di lavoro e l'erosione inflattiva. Di fatto gli unici che possono ritenersi davvero contenti sono le casse previdenziali. Il medico di assistenza primaria diventa di ruolo unico ma restano i nodi irrisolti: non si può continuare a pensare che il medico di medicina generale sia **disponibile illimitatamente**, ad ogni ora e senza attesa.

Il **carico di assistiti**, oramai moltissimi colleghi arrivano fino a 1800, **non è più sostenibile** così come pensato 40 anni fa e soprattutto vanno ripensate

regole di accesso e presa in carico più stringenti e dettagliate, in una nuova logica che non sia più pensabile in un contesto odierno il poter dare tutto a tutti. Pena la **fine e la morte del sistema sanitario nazionale** universalistico e solidale.

Inoltre la medicina generale, già non attrattiva, perde ogni anno centinaia di borse già stanziante perché nessuno vuole più stare nel territorio per cui è probabile che questo ACN farà allontanare i neo laureati e farà scappare quelli che ancora non hanno la convenzione. La medicina di iniziativa voluta da stato, regioni e sindacati va in direzione opposta a quanto descritto dal presidente ENPAM che dovrebbe preoccuparsi di far



fruttare al meglio i versamenti previdenziali piuttosto che della organizzazione del lavoro, di competenza dei sindacati come previsto dalla normativa vigente. In definitiva l'**ACN 2019-2021 fallisce nel suo intento di attrarre i giovani medici**, esponendo una realtà di condizioni lavorative inadeguate e remunerazioni insostenibili. Urge un cambio di rotta per non compromettere il futuro della medicina generale.



CHI POCO CONOSCE IL NOSTRO LAVORO PUÒ PROGRAMMARLO?

“Più visite dei medici di famiglia meno pronto soccorso intasati.” Arrivando ad affermare “troppi medici ormai visitano solo su appuntamento.” Saremmo lieti di conoscere i



dati su cui si basano tali affermazioni. Quelli in nostro possesso raccontano ben altra storia purtroppo.

Tanti sono i Medici di famiglia che abbandonano la professione prima dell'età pensionabile e molti giovani Medici scappano via dopo un mese di convenzione con 1500 scelte.

Carenza di medici che raggiunge anche il 30%. Medici di medicina Generale con 1800/2000 scelte.

Il medico di Medicina Generale non solo effettua le visite ambulatoriali ma anche quelle domiciliari ed ADI e ADP.

Sfidiamo chiunque a verificare le nostre ore di lavoro giornaliere.

Altro che 38 ore settimanali!

Su una cosa concordiamo “la quantità spaventosa di burocrazia”.

Noi vorremmo ritornare, anche se continuiamo a farlo con tanta fatica, a stare vicino ai nostri Pazienti. **Ritornare ad essere Medici di Famiglia.**

Qualcuno crede di poter risolvere tutto creando nuove cattedrali nel deserto vedasi CAU che spesso scimmiettano i PS o **case di comunità.**

Ci dicano, prima di farle, le finalità e con **cosa** e **chi** riempirle.

Questa è parte della realtà, purtroppo non bella, della medicina del territorio che quasi certamente si vuol far sparire.





ACN 2019-2021: LE FIRME DEVONO MIGLIORARE LA PROFESSIONE E NON SVILIRLA!

La nostra è una scelta che si appella al senso di responsabilità che la nostra organizzazione sindacale ha nei confronti della professione medica, dei nostri colleghi e dei nostri pazienti

Di fatto non è una scelta ma un obbligo, perché apporre una firma tecnica con nota a verbale ci consentirà di restare in prima fila ai prossimi **tavoli negoziali**, dove continueremo a lavorare per migliorare le attuali condizioni della medicina territoriale. **Questo è ciò che è stato allegato all'Acn:**

Nota a verbale alla firma Snamì all'ACN dell'8 febbraio 2024



Lo **SNAMI** appone una **firma tecnica** all'ipotesi di accordo collettivo nazionale del 8 febbraio 2024 esclusivamente per poter partecipare ai tavoli sindacali decentrati regionali ed aziendali, dove sempre ha fatto valere la sua incisività in difesa di una professione vessata costantemente.

Infatti subiamo una **norma**, da noi ritenuta **iniqua e anticostituzionale**, che impone l'esclusione del Sindacato che non firmi l'accordo collettivo nazionale dalla contrattazione periferica.

Lo **SNAMI** ritiene **poco soddisfacente** l'ipotesi di intesa ACN 2019-21 poichè non ci è stato permesso di discutere collegialmente una bozza che ci veniva presentata per la prima volta e resta motivo di **insoddisfazione e di dubbia applicabilità l'impostazione del ruolo unico di**

assistenza primaria, come delineato dalla Legge 189/2012 che porterà alla disaffezione e peggio ancora ad una riduzione di appeal della professione.

Fondamentale è stato inoltre il lavoro di **analisi svolto dal comitato centrale** sui punti cardine dell'accordo e dall'**esecutivo nazionale**. Purtroppo restano invariate le criticità che abbiamo denunciato su alcuni punti e che ci lasciano profondamente scontenti. Di fatto, a oggi **restiamo profondamente contrari al ruolo unico e alle ripartizioni orarie che penalizzano i più giovani**. Alcune delle nostre istanze sono state accolte come l'abolizione delle incompatibilità con la libera professione e le relative limitazioni. Inoltre le tutele sulla maternità, che in futuro andranno ancora migliorate.

PRONTO SOCCORSO INTASATI

La medicina territoriale colma le lacune di una politica sanitaria che non riesce ancora a garantire tempestività nell'accesso a diagnosi e visite specialistiche. La lentezza e l'inefficienza nell'erogazione di questi servizi essenziali costringono i cittadini a rivolgersi ai **pronto soccorso** per necessità che dovrebbero essere gestite al di fuori delle strutture di emergenza, con un conseguente sovraccarico di questi servizi e un uso improprio delle risorse.”

In questo contesto, la questione dei codici bianchi e della loro incidenza sul sistema di accesso al

pronto soccorso diventa emblematica della necessità di una riflessione più ampia sull'efficienza e l'equità del nostro sistema sanitario. Invitiamo il Ministro a fornire i numeri sull'accesso al pronto soccorso nel 2023, in particolare riguardo ai casi in cui i cittadini, classificati come codici bianchi, hanno poi pagato il relativo ticket.”

Mentre sosteniamo la necessità di un rinnovamento del sistema sanitario italiano, chiediamo che tale processo valorizzi tutti gli attori coinvolti e che rispetti e riconosca il contributo inesti-

mabile della medicina territoriale. Solo attraverso un dialogo costruttivo e non cercando capri espiatori, sarà possibile realizzare un sistema sanitario più efficace, equo e resiliente.



IL CONCORSO ACCESSO A MEDICINA È UN DISASTRO ANNUNCIATO

Il disastro annunciato dell'ultimo concorso per l'accesso a medicina è solo l'ultimo di una serie di errori grossolani in cui si è cacciato il Ministero dell'Università e Ricerca.

Da anni il nostro sindacato ha espresso tutte le criticità a cui si sarebbe andati incontro negli anni a causa della **gobba pensionistica**, evidenziando i macroscopici errori di programmazione sia nel **pre-lauream**, ovvero sul numero di posti per

medicina, che nel **post-lauream**, ovvero sul numero dei posti per le specializzazioni e per il corso in medicina generale.

I risultati sono sotto gli occhi di tutti e paghiamo gli **errori di questa non programmazione**.

La carenza di **personale medico in tutta Italia**, che ci costringe a correre a **soluzioni emergenziali e raffazzonate** anziché dedicare le nostre attenzioni a vere riforme di sistema, risolutive per un sistema sanitario universalistico.

Sarebbe utile un **tavolo di lavoro** per condividere un percorso che **faciliti l'ingresso dei medici nel post-lauream**, crei condizioni lavorative migliori, diminuisca il numero di borse perse e superi finalmente i divari tra i medici di medicina generale ed i colleghi delle specialità.



I PRONTO SOCCORSO SONO IN TILT PER UNA MANCATA PROGRAMMAZIONE!

Bastano pochi giorni di chiusura degli studi dei medici di medicina generale che i **pronto soccorso vanno subito in tilt**, ma **l'attività dei medici di medicina generale non va mai in vacanza** in quanto continua con i medici a quota oraria presso i presidi di base, nelle case della salute o nelle guardie mediche.

Dal 2022 abbiamo firmato per il ruolo unico di assistenza primaria pertanto un medico di medicina generale è presente 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365 giorni l'anno in ogni paese e città d'Italia.

Purtroppo, prendiamo atto ogni giorno di **zone e comunità prive di medici di medicina genera-**



le a ruolo unico, con regioni e aziende che o non hanno attuato gli adeguamenti contrattuali oppure non sono state in grado di ripensare il servizio secondo i mutati modelli organizzativi e culturali che impongono una rivisitazione organica dei servizi sanitari.

Lo Snami è impegnato a costruire un futuro migliore per la medicina generale e per **continuare ad erogare un servizio di qualità a tutti i nostri assistiti**, ma se poi la politica non fa la sua parte non possiamo essere noi i capri espiatori di disservizi per la carenza di medici di medicina generale.



EDUCAZIONE SANITARIA AI CITTADINI!

Si chiede ai **cittadini di contattare il medico di famiglia prima di recarsi al pronto soccorso.**

Abbiamo eccetto che il **medico di famiglia si occupa di cronicità** mentre i pronto soccorso devono prendere in carico l'emergenza urgenza. Sono **due percorsi separati e distinti** che non devono sovrapporsi ed è quindi necessario non fare confusione e **chiarire ai cittadini le modalità di accesso ai servizi del sistema sanitario nazionale.**

Basterebbe semplicemente far **pagare a tutti un ticket congruo**, indipendentemente dal reddito, per evitare che il tutto

gratis oppure un piccolo ticket determinino la scelta che è meglio una fila lunga e attendere

tanto che aspettare i tempi normali del percorso normale.





C'È NECESSITÀ DI RIVEDERE IL SISTEMA

Le **Case di Comunità** non miglioreranno il lavoro dei medici e l'assistenza sanitaria ai cittadini. L'obbligatorietà di lavorare per 38 h settimanali all'interno delle Case di Comunità e negli degli studi periferici, da parte dei giovani medici, **allontanerà ancora di più le nuove generazioni di Medici.**

Anche l'**organizzazione ospedaliera** è in crisi da tempo con la fuga di centinaia di Medici dal servizio pubblico, con turni di lavoro insostenibili soprattutto nei pronto soccorso e con gli emolumenti ben lontani da quelli dei colleghi europei.

Tra l'altro sarebbe utile istituire la scuola di **specializzazione**

universitaria in medicina generale e **depenalizzazione dell'atto medico** e misure aggiuntive per contrastare la violenza sugli operatori sanitari. Il nostro servizio sanitario e l'intero sistema della salute si regge su una **pluralità di professioni** che concorrono alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione della popolazione. Le **criticità delle liste di attesa** derivano non solo dalla **accessibilità dell'offerta**, ma soprattutto dalla gravissima **carenza di personale.**

Nell'immediato una soluzione per ridurre le liste di attesa è quella dell'**incentivazione economica** a favore dei pochi

professionisti presenti nel prossimo futuro c'è la necessità di **nuovi modelli organizzativi** che consentano di valorizzare a pieno le risorse umane disponibili ma soprattutto l'**aumento numerico degli operatori.**



L'AUMENTO DELLE BORSE DI STUDIO NON RISOLVERÀ LE CARENZE IN MEDICINA GENERALE

Il raggiungimento del Target della Missione 6 - Salute è stato un passo importante per ottenere i finanziamenti europei del PNRR, tuttavia siamo **scettici** riguardo l'efficacia delle misure adottate per affrontare le criticità della medicina generale. L'investimento prevede l'assegnazione di **ulteriori 900 borse di studio** per il ciclo formativo triennale 2023-2026, per un totale di **2.700 assegnazioni** aggiuntive, ha l'obiettivo di rafforzare la formazione specifica in

medicina generale. Nonostante ciò, **tale stanziamento sicuramente non basterà a risolvere le gravi carenze nel settore.**

I dati indicano che molti contratti in medicina generale restano vacanti a causa della **scarsa attrattività** della professione e dell'**abbandono** di molti colleghi, che preferiscono orientarsi verso le vere specializzazioni universitarie più gratificanti dal punto di vista professionale e remunerativo.

Di conseguenza, le **Casce della Comunità** rischiano di rimanere **senza Medici**, vanificando irrimediabilmente gli sforzi per garantire l'operatività dei setting assistenziali previsti dal Decreto Ministeriale 70 entro giugno 2026.

È necessario un **piano più ampio e strutturato** per rendere questa **professione più attrattiva e sostenibile** altrimenti i fondi del PNRR rischiano di essere utilizzati in modo inefficace. Va considerata non solo la specializzazione universitaria ma una **vera e propria riforma che semplifichi** e ottimizzi tutto il sistema della medicina generale per migliorare le condizioni di lavoro e le prospettive di carriera del comparto.





IL DECRETO LISTE D'ATTESA È DA CORREGGERE!

Abbiamo segnalato una problematica del Decreto Liste d'Attesa, in vigore dal 10 giugno 2024, ed abbiamo chiesto una **correzione** da subito in sede di conversione con una missiva rivolta al Ministro della Salute e al Presidente del Consiglio. Il Decreto prevede che le prestazioni di lavoro aggiuntive dei medici siano detassate al 15% ma questo provvedimento, sebbene riconosca il sacrificio dei medici, si applica esclusivamente a coloro che hanno un contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL).

Nei servizi di emergenza urgenza, il personale del Servizio Sanitario Nazionale opera in modo integrato, includendo sia dipendenti che medici convenzionati secondo gli Accordi Collettivi Nazionali ai sensi del DI 502/92. Tuttavia la normativa attuale crea una **disparità fiscale**: i medici dipendenti beneficiano della tassazione al 15% sulle prestazioni aggiuntive, mentre i medici convenzionati restano soggetti a una tassazione di gran lunga superiore, nonostante le prestazioni aggiuntive sia-

no identiche per tempistiche e modalità.



INSOSTITUIBILE IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Non crediamo che un **modello unico di assistenza primaria** sia la soluzione migliore per una realtà italiana che vede situazioni completamente differenti e che un modello innovativo deve avere la pregiudiziale del mantenimento delle ore lavorative e posti di lavoro. Tutti i Medici che lavorano nella medicina generale devono essere formati adeguatamente e decidere di lavorare nelle cure territoriali. C'è il pericolo che l'**attuale rapporto medico-paziente non**

possa trasformarsi in un rapporto paziente-struttura e che il lavoro tra professionisti in equipe debba effettuarsi senza

sovrapposizione di ruoli e mansioni in una precisa codifica di "chi deve fare e cosa deve fare".



DOVREBBE AUMENTARE LA QUOTA CAPITARIA

Sarebbe ora di dire basta alle componenti “volatili” dei nostri emolumenti perché la nostra quota capitaria è come “*tarlata*” e si erode sempre di più.

Gli aumenti ad oggi dei nostri emolumenti sono stati ridicoli. Occorre inoltre aggiungere che il nostro lavoro si rivela sempre più impegnativo ed insostenibile con il passare del tempo: visite domiciliari programmate e non, aggiornamento della scheda sanitaria obbligatoria, consulti telefonici e telematici, attività di screening, nuove incombenze on line, **burocrazia alle stelle** in variazione ad aumento costante. Il tutto dipendente sia dalla composizione

della popolazione assistita che dalle caratteristiche orogeografiche e sociali delle varie realtà del nostro Paese. I nostri emolumenti sono **continuamente erosi dalle spese fisse di produzione del reddito in costante aumento** tra cui la vettura, l’assicurazione professionale, l’affitto dello studio, le spese di telefono ed elettricità ed altre utenze, hardware e software dedicato, i rifiuti speciali, fiscalista, segretaria etc... Si lavora ordinariamente sempre di più, che la giornata ha 24 ore, che i Medici di Medicina Generale sono in grave sofferenza economica e che i nostri emolumenti, fermi da anni, hanno perso



potere d’acquisto. In sostanza un **impoverimento di fatto**. In questo contesto per lo Snami si deve applicare la logica di “**quota capitaria come zoccolo duro**” e **non voci volatili** dei nostri emolumenti.





DOVREBBE ESSERCI TOLLERANZA ZERO PER LE PRESCRIZIONI INDOTTE

Sono **ridicole** le scusanti per non rispettare le norme vigenti per le prescrizioni dirette da parte degli specialisti e per i certificati di malattia.

Una sorta di «**delega coatta forzata**» da parte degli specialisti nei confronti della medicina generale in tema di ricettazione. Occorrerebbe arrivare ad una TOLLERANZA ZERO nei confronti di chi continua sfacciatamente a fregarsene delle regole in tema di prescrizioni. Ci arrivano quotidianamente segnalazioni da tutta Italia di certificati di malattia, farmaci e accertamenti non prescritti direttamente dagli specialisti come è chiaramente normato ed indicato nelle disposizioni vigenti. Le scuse

addotte sono spesso offensive, ripetitive e stucchevoli, della serie **:ho appena terminato il ricettario, non c'è linea, oppure per la prescrizione diretta c'è da aspettare molto, anche qualche ora, sino al riferimento estremo: Noi abbiamo molto lavoro, le prescrizioni le faccia fare dal suo Medico, perché se no cosa fa???, e... se non vuole ricettare le consiglio di cambiare Medico.** Il tutto nonostante le circolari regionali che ribadiscono le regole in tema di prescrizione diretta e che ricordano alle aziende sanitarie l'omissione di atti d'ufficio nel caso in cui non fossero intervenute dopo segnalazioni formali di inadempienze. Continuano

comunque sacche importanti di resistenza e di non rispetto nei confronti dei Medici di famiglia con un danno anche per i pazienti che, in mancanza di una prescrizione diretta, devono fare una ulteriore attesa non dovuta dal proprio medico. Utile promuovere **azioni legali** nei confronti di chi continua con arroganza a disattendere le regole in tema di ricettazione diretta, inoltre pretendere dagli **Ordini dei Medici** provinciali sanzioni per gli iscritti che violano palesemente il **codice deontologico** costringendo di fatto il medico di famiglia a fare **lo scribacchino per conto terzi** .



CRONICITÀ E PREVENZIONE

La cronicità in termini di assistenza sanitaria, ci appartiene «naturalmente», nel senso che l'**assistenza ai pazienti cronici** è già di nostra competenza. Nel prossimo futuro dobbiamo farlo in maniera ancor di più coordinata ed organizzata affiancando a questa attività quella della **prevenzione** che può contribuire in maniera significativa non solo alla salute della popolazione ma anche alla sostenibilità del sistema. Ovviamente il tutto nella considerazione che la prevenzione non attuata sarà il **canace che si morde la coda** e che il tutto ha comunque dei costi. Il definanziamento della sanità, nella progressività dei tagli, porta inesorabilmente ad un ulteriore **peggioramento della risposta ai bisogni di salute dei**

cittadini e un **deterioramento delle condizioni di lavoro degli operatori**. La situazione del nostro patrimonio edilizio e tecnologico in sanità mettono a nudo un degrado di molte strutture sanitarie con il concreto rischio della qualità dei servizi oltre che la credibilità delle

istituzioni. La sfida sarà l'evitare i tagli lineari ed azioni finalizzate al mero contenimento della spesa dell'assistenza territoriale anche in relazione all'aumento delle patologie cronico-degenerative.





“BASTONI TRA LE RUOTE “ DA BUROCRATI E POLITICI IGNORANTI.

La Sanità necessita di program-
mazioni decennali e non di in-
terventi spot e sconclusionati
da chi governa, per un’offerta
di assistenza ai pazienti, soprat-
tutto ai cronici e agli anziani, e
di prevenzione che non decada
anche in relazione ad una spesa
sanitaria in rapporto al PIL che è
in continuo decremento.

Non si deve proporre un **model-
lo assistenziale unico** per una
realtà italiana che vede situa-
zioni completamente differenti,
spesso agli antipodi, nella con-
sapevolezza che in metropoli,
città, cittadine, paesi, piccole
comunità, territori con popola-
zione sparsa non potrà mai fun-

zionare un unico modello sani-
tario di assistenza, così come si
deve differenziare la medicina
rurale da quella metropolitana,
nel totale privilegio del **rappor-
to Medico-paziente** e non quel-
lo **paziente-struttura**.

Va rivisto il sistema di accesso
al **pronto soccorso** attraverso
una responsabilizzazione del
cittadino sul corretto utilizzo
delle strutture d’emergenza e
comunque dimensionando le
strutture con personale ed at-
trezzature consone alle esigen-
ze del momento. Un lavoro di
equipe, senza «buchi orari»,
senza «vuoti» e soprattutto sen-
za interferenze di programma-



zione e fastidiosi «**bastoni fra
le ruote**» quotidiani da parte
di burocrati, funzionari e politi-
ci che non conoscono il nostro
lavoro e vorrebbero vessare,
intimorire e tagliare fregando-
sene dei Medici e dimostrando
insensibilità verso i pazienti.







XLIII

CONGRESSO NAZIONALE



20 ISOLA DELLE FEMMINE
24 PALERMO
HOTEL SARACEN
9-13 OTTOBRE

