

N. 3 - Aprile 2016
Copia omaggio per i Sig. Medici
Disponibile on-line su: www.snami.org

LIBERTÀ *medica*

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani

SNAMI



SNAMI IN PIAZZA!



CONTATTO & ARCHIMEDITA

© 2016 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"

Pubblicato da: Contatto S.r.l. Archimedita Edizioni
Torino, Aprile 2016
Finito di stampare nel mese di Aprile 2016
presso A4 Servizi Grafici - Chivasso (TO)

Editore:
Contatto S.r.l. Archimedita Edizioni

Responsabile Legale:
Cosma Antonia Tullo

Direttore Editoriale:
Domenico Salvago

Addetto stampa nazionale SNAMI:
Nino Grillo

Progetto grafico:
Contatto srl

Grafica e impaginazione:
Alessio Milazzo

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

IN QUESTO NUMERO

Freno organizzato SNAMI La nuova sindrome che non deve diventare "incurabile": burocrazia stupida, ticket facili e accessi impropri agli studi dei medici di famiglia; un pachiderma che ruba il tempo alla clinica.	2
20 domande dello SNAMI ai 20 assessori regionali alla sanità	3-13
SNAMI: storia della Scuola Quadri. La scuola di formazione per dirigenti sindacali	14-15
Vita sindacale e comunicazione multimediale. Il sindacato ha bisogno di un nuovo modo di "fare comunicazione"	16-17
Il Ministero della Salute e il SSN Signora Lorenzin: dalle parole ai fatti! La telenovela del decreto taglia esami passando dalle interviste in tv alle problematiche e penose "interpretazioni" per Medici e Pazienti	18
Finalmente abbiamo la nostra società scientifica	19
Prosegue il campionato mondiale di "complicazione dello svolgimento della professione medica"	20-21
Le patologie più frequenti nell'ambulatorio del Medico di Famiglia. Cistiti acute non complicate	22-23

“FRENO ORGANIZZATO SNAMI”

LA NUOVA SINDROME CHE NON DEVE DIVENTARE “INCURABILE”:

burocrazia stupida, ticket facili e accessi impropri agli studi dei medici di famiglia.

UN PACHIDERMA CHE RUBA IL TEMPO ALLA CLINICA.



Come presidente dello Snamì dichiaro ufficialmente guerra alla “disorganizzazione organizzata ed ai bizantinismi” che ingessano ed ostacolano i Medici nell'attività quotidiana, quella burocrazia stupida che riempie la giornata di tempi morti con percorsi inutili ed improduttivi. Spesso ed a sproposito si parla degli accessi impropri al pronto soccorso ma ci si dimentica degli accessi impropri agli studi dei Medici di famiglia che determinano, al pari della burocrazia stupida, un intralcio al nostro lavoro quotidiano. Il farci carico tutti i giorni di certificazioni, prescrizioni e copiatore di ri cette che altri non hanno effettuato necessita di prese di posizione sindacali ancora più decise all'insegna di unanime: “riappropriamoci del nostro tempo clinico”. Inoltre l'esenzione facile dal ticket porta un esercito di aventi diritto ad esercitare delle pressioni sulla categoria medica per accertamenti, spesso inutili e ripetitivi, perché tanto è gratis. Da qui la nostra posizione che porteremo come suggerimento alla parte pubblica di non svilire la funzione deterrente della partecipazione alla spesa, privilegiando e ampliando magari la gamma delle esenzioni per le patologie certe, perché chi è malato deve potersi curare gratis, e ridimensionando altri fattori quali il reddito o certe invalidità che diventano lo stimolo per “richiedere quanto di più, spesso e volentieri”. Il tutto inevitabilmente danneggia noi che sprechiamo delle ore preziose e i pazienti che hanno necessità vere e che vedono diminuire il tempo “clinico” a loro dedicato. Urgono rimedi concreti, immediati e realizzabili, anche ricorrendo al corretto utilizzo delle nuove tecnologie informatiche, un “freno organizzato Snamì” alla nuova sindrome, prima che si cronicizzi e diventi incurabile perché una buona sanità non può prescindere dall'affrontare la burocrazia stupida, ticket facili e accessi impropri agli studi dei Medici di Famiglia e lo Snamì è in prima fila su questo fronte perché la misura è colma e il vivere quotidianamente la professione è diventato un incubo!

Angelo Testa

20 DOMANDE DELLO SNAMI AI 20 ASSESSORI REGIONALI ALLA SANITÀ



IL “TROPPO CHE STROPPIA”
OVVERO TAGLIARE TROPPO
TAGLIA I SERVIZI ESSENZIALI

Considerazioni:

Carenza di personale medico e infermieristico, macchinari obsoleti che non funzionano o nuovi mai usati e fatti marcire nei magazzini, lunghe liste di attesa. I tagli degli anni scorsi e le ultime due leggi di stabilità che hanno stanziato 7 miliardi di finanziamenti in meno nel biennio 2015-16 rispetto a quanto era previsto nel patto della salute, cioè l'accordo tra governo e regioni sulla spesa sanitaria, si fanno pesantemente sentire.

Chiederei al politico:

Non pensa che tutti questi tagli si ripercuotano inevitabilmente anche sui servizi sanitari essenziali?

QUANDO IL PESSIMISMO
DIVENTA REALISMO



Considerazioni:

Un recente sondaggio indica che circa il 70% dei Medici si dice pessimista sul futuro del sistema sanitario nazionale mentre un 40% di medici ospedalieri ha ammesso di aver dovuto dimettere un paziente precocemente per problemi di organizzazione dovuta alla carenza di organico.

Chiederei al politico:

Eccessivo pessimismo oppure “realismo sul campo” da parte dei medici?



IL VUOTO INCOLMABILE IRREVERSIBILE

Considerazioni:

Uno dei principali esiti dei tagli in sanità sono le mancate nuove assunzioni, con una situazione ancora più grave per la nuova normativa europea sui turni di lavoro. Medici sempre più in là con l'età e scarso o nullo ricambio con i giovani che loro malgrado non possono affiancare ed essere affiancati dai medici più esperti.

Chiederei al politico:

Non pensa che oltre le evidenti difficoltà per le carenze di organico attuali il SSN non stia rischiando seriamente una debacle mortale anche per il venir meno del naturale apprendere dei giovani affiancati dai medici più esperti in quel tirocinio pratico che nei tempi passati durava anche dieci, quindici anni e sul campo si lascia irreversibilmente un immenso vuoto incolmabile?

CHI FAVORISCE & SPECULA SUL DECLINO DEL SISTEMA PUBBLICO



Considerazioni:

Circa il 60% delle proteste che arrivano quotidianamente al tribunale per il diritto del malato sono per le liste di attesa lunghe e spesso "inarrivabili". In alcuni casi "le agende" vengono chiuse perché dichiarate sature e non c'è possibilità di prenotare un accertamento neanche a lunga scadenza. Di fatto si stanno creando 2 sistemi sanitari, quello pubblico con evidenti malfunzionamenti e quello privato con visite e accertamenti celeri per chi può permetterselo.

Chiederei al politico:

Non pensa che il declino del Sistema sanitario nazionale dipenda anche dal fatto che poteri forti possano spingere per delegittimare il sistema sanitario pubblico e offrire, su un piatto d'argento alle lobbies delle assicurazioni e mutue integrative, la possibilità di occupare sempre di più spazi che evidenti, strumentali e coordinate forzature lasciano liberi per favorire l'occupazione da parte del privato?



LA DISABILITÀ DI NON SAPER INSEGNARE

Considerazioni:

Accanto all'educazione sanitaria sulla prevenzione delle malattie, come il diabete e l'ipertensione e quella sui tumori che i Medici sono impegnati quotidianamente a porre in essere nei confronti dei loro assistiti, sarebbe utile una campagna per sensibilizzare i cittadini ad un uso corretto dei servizi in sanità. Tra le tematiche, l'abuso e spreco dei farmaci, le prenotazioni per tempo di esami ed accertamenti programmati anche per evitare le lamentele che non c'è mai posto, il disdire correttamente le prenotazioni che non si possono rispettare, il non recarsi in pronto soccorso per bypassare le liste di attesa e pagare meno ticket e via dicendo, in una lista infinita di atteggiamenti poco civili e furbate che indicano chiaramente che i nostri pazienti "hanno molto da imparare".

Chiederei al politico:

Se fosse il Sindaco di un Comune nel quale molti Cittadini parcheggiassero l'auto nei posti riservati ai disabili, aumenterebbe i posti per i disabili o educerebbe i Cittadini a percorrere un po' di strada a piedi per parcheggiare nei posti macchina normali, senza affollare impropriamente quelli per i disabili stessi?

TRE PALLE, CENTO LIRE E L'ARCANO RISOLTO



Considerazioni:

Ormai è diventato sport nazionale sparare sui Medici di Famiglia in una saga del bersaglio facile che costa poco. Il perché sta nella considerazione che la Medicina Generale è attualmente l'unico comparto che non viene nominato dalla politica da cui siamo totalmente indipendenti e di conseguenza non facciamo parte del sistema che si "protegge e autopetpetua".

Chiederei al politico:

Pensa che se i Medici di Medicina Generale fossero nominati dalla politica, come succede di fatto per altri settori della Sanità, l'assistenza sanitaria nel territorio potrebbe funzionare meglio?



QUANDO SPERIMENTARE NON FA RIMA CON RIFONDARE ED IL RISCHIO DI BUTTARE VIA IL BAMBINO CON L'ACQUA SPORCA

Considerazioni:

Fermo restando che sarà importante una forte integrazione fra tutte le componenti sanitarie che opereranno nel territorio, non si potrà prescindere da una chiara e precisa definizione del ruolo dei medici di continuità assistenziale anche in nuovi compiti in termini di screening e prevenzione delle malattie e delle neoplasie, le vaccinazioni, la medicina fiscale, la medicina scolastica e un impegno in presidi territoriali per l'urgenza e come filtro al pronto soccorso ospedalieri.

Chiederei al politico:

Ritiene utile che prima di tagliare gli orari della continuità assistenziale e cassare punti di guardia sia utile che ci siano delle sperimentazioni sul territorio con un attento monitoraggio e che invece "cancellare tout court" il sistema attuale potrebbe significare buttare via il bambino con l'acqua sporca?

L'INDUZIONE DEGLI INVISIBILI "COPERTA" DALLE ASL



Considerazioni:

La Medicina Generale subisce da sempre le prescrizioni indotte da parte di altri medici, specialisti esterni e ospedalieri, che con arroganza ci "delegano" ad un compito non dovuto che spesso subiamo per evitare che i nostri pazienti, incolpevoli, debbano fare una "maratona non prevista" per ritornare dal medico che non ha ottemperato. Ciò in spregio alle normative nazionali e regionali che peraltro sono chiarissime in un rapporto di non deontologia nei confronti di Colleghi e di poco rispetto anche nei confronti dei pazienti che devono fare una evitabile fila nello studio del medico di famiglia.

Chiederei al politico:

Non pensa che se la politica delle asl facesse rispettare le norme, oltre che favorire i pazienti avrebbe la possibilità di verificare direttamente chi "ordina" accertamenti e farmaci, anche ad alto costo, delegando altri e non "rendendosi invisibile"?



IL TETTO, LA LUNA , I CONTI DELLA SERVA E IL NON RITORNO

Considerazioni

Prima di compiere un atto medico valutiamo i costi-benefici, così come nella vita di tutti i giorni prima di aggiustare il tetto di casa per una infiltrazione d'acqua sappiamo se costa meno fare una semplice riparazione, ma soprattutto facciamo i conti alla virgola di cosa costerebbe lo smantellamento completo del tetto stesso. Il tutto per non correre il rischio a metà lavori di doversi forzosamente fermare a contemplare la luna perchè non abbiamo più soldi.

Chiederei al politico:

Ritiene che le strutture "aggregative" per fornire un servizio non urgente 24 ore su 24, 7 giorni su 7, possano davvero essere realizzate "a costo zero" e che smantellare quello che si ha e funziona possa diventare un percorso irreversibile. In buona sostanza: un passo "talmente più lungo della gamba" da rimanere totalmente anchilosati e farsi male!

LE CHIMERE, LE INCOMPIUTE E SCONTATE "PILLOLE DI CIVILTÀ"



Considerazioni:

Almeno in questa fase la ricetta dematerializzata è di fatto una decolorata e continua il cartaceo a spese dei Medici quando basterebbe una card con il chip come in altre parti d'Europa. Il fascicolo sanitario elettronico rimane una chimera e altre novità annunciate fanno numero in una serie impressionante di "incompiute".

Chiederei al politico:

In attesa delle novità tecnologiche non sarebbe utile iniziare a sanare quei nei che ingessano i rapporti tra territorio e ospedale e creano disservizi e lungaggini. Non è propedeutico alle future novità che non solo la medicina generale utilizzi l'informatica, che dove utilizzato il cartaceo siano presenti obbligatoriamente timbro e firma di chi redige un referto ed una ricetta, che i referti siano in busta chiusa, che ogni operatore pubblico della sanità, sanitario e amministrativo abbia un badge con foto e nominativo in bella evidenza. In buona sostanza, scontate "pillole di civiltà"?



CHI MENO SPENDE PIU' SPENDE E L'ATTUALE MORDI E FUGGI

Considerazioni:

Crediamo come Snam che la salute implichi ricchezza: non è semplicemente, quindi, una questione di costi ma anche la necessità di investire in un bene prezioso. La questione cruciale non è solamente quanto si spende, ma quanto e come viene speso in maniera efficiente e quanto buoni sono, di conseguenza, i risultati. Negli U.S.A., per esempio, il Milken Institute fornisce un quadro di uno studio che mette a confronto la spesa per il trattamento delle diverse malattie con la produzione economica persa proprio a seguito della presenza di quelle malattie: secondo questa analisi, la perdita economica è considerevolmente superiore alla spesa totale per prevenire e contrastare quegli stati morbosi.

Chiederei al politico:

Non pensa che anche per l'Italia sia la stessa cosa e che eccessivi tagli e mancanza di investimenti porteranno paradossalmente a spendere molto di più in seconda battuta?

QUANDO IL TUTTO GRATIS NON PAGA



Considerazioni:

È noto come il ticket sulla singola ricetta applicato in molte parti d'Italia, al di là del costo del farmaco o della prestazione, sia sgradito ai cittadini e come certe parti politiche non lo vogliano anche per questioni di consenso elettorale.

Chiederei al politico:

Non pensa che pur nella comprensione della difficoltà economica delle famiglie possa comunque prevalere l'aspetto positivo di un piccolissimo ticket come deterrente all'eccessivo consumismo quando è "tutto gratis"?



IL TOUR GRATUITO DELLE 7 CHIESE FA SPENDERE DI PIU' ALLO STATO

Considerazioni:

Non possiamo continuare a vivere sprecando e sperperando come se la crisi non esistesse ed essere attenti e oculati deve diventare il nuovo imperativo del programmare e lavorare anche in Sanità. I Medici hanno i piedi ben saldamente a terra e vivono intensamente il problema della recessione anche attraverso le vicende che vivono quotidianamente i loro pazienti, lavorative, familiari e sanitarie in senso stretto. Sanno bene quindi che il “fare di più non significa necessariamente fare meglio” con l’aggravante che spesso dare “il di più che non fa meglio” fa comunque spendere sicuramente di più.

Chiederei al politico:

Ritiene che per una necessità sanitaria non urgente per la quale l’intervento medico può essere procrastinato senza alcuna conseguenza, il Cittadino, debba recarsi a qualsiasi ora del giorno e della notte da un Medico qualunque, in una struttura distante anche parecchi chilometri dal suo paesino, o preferisca, durante i normali orari di apertura, dal Medico Curante di sua scelta, che conosce tutta la sua storia clinica anche perché da una parte il sistema sanitario nazionale non può permettersi che si possano sentire gratis cento campane e se così fosse non sarebbe comunque positivo per i pazienti stessi?

LO SPORT DEL “DEMONIZZARE CIÒ CHE NON SI CONOSCE”



Considerazioni:

Leggendo qualche delibera regionale sulle cure primarie, in cui è sottolineato come “l’ospedale è ancora chiamato a supplire all’immaturità del sistema territoriale”, prendiamo atto che sempre più spesso non addetti ai lavori, anche se Medici, parlano a sproposito di ciò che non conoscono.

Chiederei al politico:

Ricorda che, in base alle indagini statistiche recenti e meno recenti, il Medico di Famiglia risulta essere la figura sanitaria più gradita ai Cittadini?



L'1% E IL 99% NELLA GARA DELL'IGNORANZA E DELLO SPENDERE DI PIU'

Considerazioni:

Lo Snamì pensa che attualmente non ci siano particolari “buchi” nell’assistenza sanitaria nel territorio che è già di fatto un h24. Tutto è perfezionabile ed è quindi auspicabile si possano raggiungere livelli migliori di “sanità territoriale”, fermo restando che la nostra organizzazione non può prescindere da quelle degli altri comparti, ospedale compreso. Se volessimo parlare di colpe l’1% sono nostre e il 99% degli altri, soprattutto delle asl, figlie della politica, dove spesso impera l’ignoranza più totale. La “presunta offerta”, perché non si sa quali soldi si potrà fare, di un aumento degli orari di apertura degli studi medici anche attraverso le famigerate case della salute con i “mille” (leggi zero) specialisti a disposizione non è altro che una “foglia di fico” che la politica vorrebbe usare per celare le proprie inefficienze. Con un piccolissimo e trascurabile particolare: che così la sanità costerebbe di più e non possiamo permettercelo.

Chiederei al politico:

È nota la legge economica secondo la quale aumentando l’offerta, cresce anche la domanda. Nel caso in cui si allunghino gli orari di apertura degli studi sul territorio, ritiene che la spesa sanitaria diminuisca oppure, come pensiamo noi, possa aumentare?

L'IMPORT-EXPORT DEL COPIA-INCOLLA CHE NON FUNZIONA



Considerazioni:

La sanità pubblica sta attraversando degli sconvolgimenti sicuramente dovuti ai tagli senza precedenti ma anche e soprattutto per una politica che si dimostra scarsa nel governarla. Si cambia spesso cancellando con un colpo di spugna quanto c’è, sostituendolo con qualcosa che alla distanza risulta essere di gran lunga peggiore. Ci sono regioni che fanno da capofila e esportano i loro modelli che importati in altre regioni in contesti spesso notevolmente differenti non possono funzionare.

Chiederei al politico:

Non pensa che questo import-export del copia-incolla possa non funzionare?



SÌ AI PRONTO SOCCORSO “NORMO DIMENSIONATI”, NO AI CENTRI PER I “NIPOTINI”

Considerazioni:

L'organizzazione, le dotazioni e il personale sanitario attualmente impegnato in pronto soccorso è notevolmente sottodimensionato per le moderne esigenze del servizio. Infatti gli accessi al pronto soccorso sono notevolmente cresciuti negli ultimi anni per un trend fisiologico di aumento della domanda di salute ed impoverimento della classe media. Ritengo non corrisponda a verità che avere un medico 24 ore al giorno riduca gli accessi al pronto soccorso e negli orari in cui si concentra il lavoro dei medici di famiglia è dimostrato che non diminuiscono gli accessi al PS stesso. Nello stesso modo le case della salute, strumentalmente considerate da alcuni come la panacea di tutti i mali, dove istituite, non hanno diminuito gli accessi in ospedale.

Chiederei al politico:

Non pensa che senza spendere un centesimo, potrebbero essere destinate al potenziamento dei pronto soccorso le finanze ora sperperate per i centri ove fanno medicina soft-light: i nipotini, gli amici e gli amici degli amici cioè i centri per l'osteoporosi, la menopausa, ipertensione, dismetabolismo e le mille altre sotto-sotto specie di centri-poltroncine comode varie?

LE CASACCHE IMMERITATE E GLI ASINI “ONNIPRESENTI”



Considerazioni:

È oggettivamente evidente che uno dei mali della sanità è non solo sia la consolidata presenza in ruoli apicali di personaggi neanche lontanamente all'altezza, fedelissimi di qualcuno quanto scarsissimi.

Chiederei al politico:

Siccome la politica nomina gli assessori alla sanità che a loro volta nominano i direttori generali della ASL che a loro volta “nominano” primari e responsabili di servizi vari, quasi sempre non secondo oggettive evidenze di professionalità ma sempre più spesso per fedeltà ed acriticità, non pensa che, come primo passo, si potrebbero depennare almeno gli asini dalle liste i fedelissimi del Cencelli?



SE LE PRIORITÀ SONO UN OPTIONAL

Considerazioni:

Tra gli altri uno dei motivi per cui i pazienti si recano al pronto soccorso è perché le liste di attesa del sistema pubblico sono chilometriche e si cerca di anticipare un accertamento non volendo o potendo aspettare un appuntamento che magari è molto in là con il tempo. Una soluzione al problema sarebbe quella di avere dei canali preferenziali per degli accertamenti veloci richiesti dal medico in caso di urgenza in modo che siano di ausilio per completare un sospetto diagnostico e spesso tranquillizino un paziente particolarmente ansioso.

Chiederei al politico:

Lo sa che è già possibile questo percorso attraverso una semplice biffatura nella ricetta rosa SSN classe U=Urgente: intervento entro 24 ore, per situazioni ad alto rischio da trattare in emergenza; classe B=Breve: prestazioni da erogare entro 10 giorni per situazioni passibili di aggravamento in tempi brevi; classe D=Differibile: visite specialistiche da effettuare entro 30 giorni ed esami diagnostici entro 60 giorni per situazioni passibili di aggravamento non in tempi brevi; classe P=Programmabile: prestazioni da erogare entro 180 giorni per verifiche cliniche programmabili che non condizionano nell'immediato lo stato di salute? Sa anche che nella maggior parte della asl italiane viene ignorata questa norma e che ci sono situazioni limite in cui gli stessi operatori dei centri di prenotazione di fronte ad una prescrizione medica con priorità consigliano il paziente di recarsi direttamente al pronto soccorso?





QUANDO I PRESUNTI RISPARMI HANNO LE GAMBE CORTE

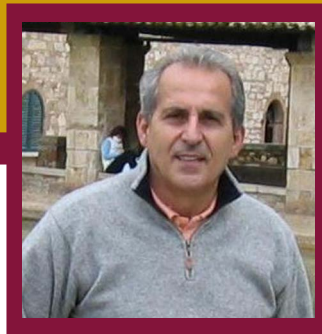
Considerazioni:

Balduzzi, sicuramente consigliato, ispirato e circondato da tanti con interessi ben precisi, ha disegnato una legge di riordino sanitario che non piace allo Snamì e che parecchi studi hanno dimostrato non essere gradita alla maggior parte dei medici di medicina generale. Addirittura a suo tempo i risultati dei sondaggi furono girati sotto forma di lettera aperta a Balduzzi, sollecitando pure una risposta che puntualmente non arrivò. I medici interpellati sollevarono molti dubbi, uno soprattutto: chi paga? L'assistenza 24 ore su 24 viene proposta nel provvedimento senza alcuna copertura finanziaria e non si prevedono finanziamenti aggiuntivi ad esempio per le strutture che al momento non ci sono. In effetti il ministro più volte indicò che i fondi si dovrebbero trovare attraverso il piano di riorganizzazione degli ospedali.

Chiederei al politico:

Non è rischioso e senza certezza basare dei finanziamenti importanti su presunti risparmi che non è detto si possano recuperare anzi è praticamente certo che non ci saranno?





SNAMI: storia della Scuola Quadri

La scuola di formazione per dirigenti sindacali

Un sindacato si è sempre contraddistinto per la capacità di saper interpretare gli interessi di una categoria e attraverso la contrattazione collettiva migliorare lo status organizzativo e professionale del proprio lavoro. Gli strumenti a disposizione del sindacato sono da un lato la contrattazione e lo sciopero dall'altra. Nel passato lo sciopero era un'arma potente in mano al sindacato e si poteva anche minacciare l'abbandono dal convenzionamento (nel passato, io come molti altri, abbiamo consegnato nelle mani del presidente Anzalone le dimissioni dal SSN come arma per ottenere vantaggi sindacali); oggi è svuotato da una regolamentazione assurda e relegato ad una semplice dimostrazione di dignità. È così diventato fondamentale, come sindacato, saper proporre alla controparte idee e organizzazione del lavoro che sappiano conciliare interessi contrapposti in una ottica di miglioramento della qualità del lavoro. Talvolta i sindacati, per far valere gli interessi della categoria rappresentata, si vanno a collocare in posizione molto vicina o coincidente con quella dei partiti, posizione talvolta pericolosa.

La storia del nostro sindacato nasce dall'idea del nostro fondatore, Roberto Anzalone, di tenere invece separato il sindacato dalla politica: il primo si deve occupare degli interessi economici dei lavoratori che rappresenta, il secondo degli interessi politici e della trasformazione della società. L'autonomia ha rappresentato da sempre un punto di forza dello SNAMI che non ha mai avuto le mani legate a nessun padrone che potesse condizionare le scelte sindacali. Nasce così un sindacato autonomo che deve tutelare gli interessi di una classe di professionisti che alle origini erano completamente sguarniti di ogni tutela. Non dimentichiamo che ai tempi di Anzalone il medico era un libero professionista senza tutela sindacale perché agiva in un contesto sociale non regolamentato da un contratto di lavoro collettivo. Le convenzioni con i medici sono un prodotto della legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale la 833 del 1978! Dobbiamo essere grati al nostro fondatore che ha saputo dal nulla creare una forte componente sindacale capace di porre le basi per la difesa del ruolo professio-

nale medico. Un sindacato però ha anche il compito di creare attorno al leader una classe dirigente capace di affrontare i problemi che man mano si presentano in una società in costante trasformazione. Ecco quindi la necessità di istituire all'interno del sindacato una scuola di formazione per dirigenti sindacali preparati e che portano avanti istanze omogenee, produttive e convincenti.

E così sin dalla nascita dello SNAMI, attraverso la Scuola Quadri, ogni anno si è pensato di plasmare una classe dirigente che ha potuto arricchire la propria capacità sindacale. Grazie al lavoro dei vari responsabili che si sono succeduti negli anni, è stato possibile garantire una crescita sindacale collettiva omogenea, permettendo ai quadri sindacali (esecutivo, presidenti regionali e provinciali, responsabili di settore) di affinare le loro conoscenze.

La storia della Scuola Quadri SNAMI nasce appunto vent'anni fa, precisamente nel 1995. Gli attori responsabili che si sono alternati alla guida sono ancora personaggi autorevoli del nostro sindacato: il più noto a tutti è certamente il nostro presidente

Angelo Testa che nel periodo 2004-2006 è stato responsabile di questo settore. In questo ventennio la scuola ha trattato numerosi argomenti: dalla legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale agli Accordi Collettivi Nazionali, dal budget in Medicina Generale alla gestione della sezioni regionali e provinciali, dalla dirigenza medica ai compiti dei comitati aziendali e di distretto, solo per citarne qualcuno.

Più recentemente, nell'ultimo triennio, la Scuola Quadri ha affrontato problemi come il profilo e gli adempimenti fiscali del medico, i principi e metodi della contrattazione sindacale e la tutela legale per il medico. Quest'ultimo argomento ha avuto risvolti pratici attuali: constatando l'aumento considerevole delle controversie legali nei confronti dei medici, l'esecutivo SNAMI ha pensato di fornire una polizza gratuita a tutti gli iscritti, decisione votata recentemente nell'ultimo Comitato Centrale e che verrà consegnata nel corso del 2016 a tutti gli iscritti gratuitamente. Per il futuro si è pensato che fosse importante affrontare temi che hanno assunto importanza maggiore in questi anni come la comunicazione. Si pensi al mondo politico, quanti personaggi politici hanno costruito

il proprio consenso utilizzando a proprio vantaggio i mezzi di comunicazione? Anche il sindacato deve saper fare un corretto uso della comunicazione e conoscere queste tecniche per saper incidere nella propria attività e saper comunicare le proprie idee. In questa prospettiva, l'esecutivo nazionale ha già pensato di organizzare un corso sulla "comunicazione efficace" a latere del prossimo Comitato Centrale che si terrà probabilmente a Riva del Garda nell'aprile 2016.





VITA SINDACALE E COMUNICAZIONE MULTIMEDIALE.

Il sindacato ha bisogno di un nuovo modo di “fare comunicazione”

L'investimento sulla comunicazione, sia interna che esterna è di cruciale importanza nei tempi contemporanei. Infatti, la comunicazione nel sindacato ha sempre avuto un ruolo di primo piano, ancora di più oggi, nell'era del multimediale.

Il sindacato, per organizzarsi, crescere e competere, deve comunicare, cioè rivolgersi agli associati iscritti, dei quali si propone come forza rappresentativa.

La comunicazione sindacale può assumere diverse forme: Comunicazione sociale, finalizzata alla difesa e alla promozione di valori pubblici e collettivi, all'educazione e alla sensibilizzazione ai diritti e doveri della cittadinanza; Comunicazione pubblica o politica, con lo scopo di costruire il consenso attorno a problematiche riguardanti il sistema sociale nella sua interezza, facendo leva sull'opinione pubblica;

Comunicazione organizzativa, per realizzare una sinergia tra le attività di comunicazione rivolte sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione. In ambito sindacale, si intende il complesso di processi comunicativi finalizzati a sostenere la logica dell'adesione volontaria, le forme e gli strumenti della

partecipazione collettiva, il coordinamento, l'equilibrio tra centralizzazione e decentramento della struttura organizzativa.

La comunicazione del sindacato, dunque, si rivolge ai lavoratori rappresentati, rispetto ai quali la comunicazione presenta tre dimensioni:

comunicazione per i valori; ha l'obiettivo di veicolare valori per contribuire alla creazione di un'identità sociale e collettiva tra i soggetti destinatari;

comunicazione per i diritti; rende noti al lavoratore diritti e doveri della sua condizione occupazionale;

comunicazione per azione; riguarda gli aspetti negoziali, le modalità di presentazione e gestione di vertenze sul lavoro, gestione di interessi divergenti e forme di regolazione dei conflitti sul luogo di lavoro mediante la mediazione sindacale.

Quanto ai mezzi utilizzati dalla comunicazione sindacale, si deve distinguere tra:

la comunicazione tradizionale, basata su riunioni, assemblee, che implicano un contatto interpersonale. Sono gli strumenti tradizionali della comunicazione interna del sindacato, hanno la funzione di informare e consoli-

dare l'appartenenza e l'identità collettiva.

I media tradizionali, come la televisione e la stampa sindacale. Il ricorso a questi mezzi ha permesso di comunicare con l'opinione pubblica, e non più soltanto con gli iscritti.

La comunicazione multimediale, mediante le moderne tecnologie dell'informazione e della comunicazione, i sindacati devono adeguarsi agli standard tecnologici raggiunti dalle altre organizzazioni, e trasferire le proprie attività e funzioni di comunicazione anche sul web. Tuttavia, lo scenario di utilizzo del Multimediale da parte del sindacato non è ancora molto chiaro, quando invece in altre Nazioni si è cominciato a parlare di multimediale già da molto tempo (fornendo agli iscritti informazioni e servizi personalizzati in tempo reale con il supporto delle tecnologie digitali).

La rete sarebbe in grado di dare voce a tre esigenze fondamentali delle organizzazioni sindacali: INFORMARE, è fondamentale mettere a disposizione dei destinatari di qualsiasi sito che rappresenti un'organizzazione dei dati e delle notizie funzionali a soddisfare le loro esigenze

conoscitive. Per il sindacato, il web potrebbe essere un'opportunità per veicolare informazioni e conoscenze utili agli associati, e allo stesso tempo diffondere i valori sindacali, una coscienza circa i diritti del lavoratore, un'informazione mirata e tempestiva sulle azioni e le iniziative portate avanti dalle organizzazioni di rappresentanza;

COMUNICARE ED INTERAGIRE: il web permette di combinare nello stesso luogo i diversi livelli della comunicazione e le differenti forme di interazione. Tutto ciò stimolando lo sviluppo di occasioni di confronto e dialogo tra una molteplicità di attori sociali: i lavoratori potrebbero essere raggiunti proprio in rete, ed invitati ad interagire.

Creare comunità, attraverso internet, può diventare un luogo di esplorazione dei problemi, di discussione pluralista, di messa a fuoco di processi complessi, di decisione e di valutazione dei risultati che siano a misura delle comunità coinvolte.

Per il sindacato, una comunità online potrebbe rappresentare un'importante occasione per strutturare un rapporto nuovo con i lavoratori, per comprendere aspettative, esigenze, bisogni e problematiche degli utenti della comunità, intorno alle quali progettare forme e modelli della rappresentanza

più aderenti alle istanze dei lavoratori rappresentati.

In sostanza, il sindacato dovrebbe guardare al web come ad un luogo di socializzazione e di condivisione.

Tuttavia, non è sufficiente creare un sito per innescare circoli virtuosi di comunicazione: occorre creare comunità basate sulla partecipazione democratica offerta dagli strumenti web, quindi offrire agli iscritti la percezione di essere più ascoltati e di sentirsi più uniti a livello ideale.

Occorre anche fare attenzione ai diversi target del sindacato: un unico mezzo non è mai buono per tutti, i lavoratori sono tanti, ognuno dialoga con i propri linguaggi e strumenti. Inoltre, molti lavoratori sono già parte di comunità nate in rete (facebook, linkedin, whatsapp...), quindi anche il sindacato dovrà entrare e creare propri spazi attivi nelle reti sociali esistenti.

La comunicazione con la base resta dunque il fulcro della strategia sindacale. Qui c'è, innanzitutto, l'urgenza di un nuovo modo di comunicare con i lavoratori, ripensare cioè ai metodi con i quali costruire i rapporti con la base e organizzare l'azione collettiva. Sviluppare strategie oculute servendosi delle Tecnologie dell'informazione e comunicazione (ICT) può essere una strada per recuperare il

consenso dal basso e riscattare così la propria considerazione anche agli occhi dell'opinione pubblica e delle istituzioni.

Si rende necessario che l'organizzazione sindacale, in sostanza, passi da un modello organizzativo gerarchico e verticale ad uno reticolare ed orizzontale, in tutti gli altri casi, l'organizzazione sindacale ragionerebbe in modo diverso dalla rete, e si troverebbe davanti solo porte chiuse. Lo SNAMI, ultimamente ha intrapreso questi modelli di comunicazione, con l'intenzione di percorrere queste vie, al fine di allinearsi alla tecnologia moderna, quindi secondo le nostre esigenze, si rende necessario creare una comunità Web SNAMI, invitando i propri iscritti e non, ad inviare un indirizzo al nazionale di tutti gli associati.

"Anche sfruttare le potenzialità offerte dai nuovi strumenti della comunicazione significa leggere la modernità del lavoro."





IL MINISTRO DELLA SALUTE E IL SSN SIGNORA LORENZIN: DALLE PAROLE AI FATTI!

La telenovela del decreto taglia esami passando dalle interviste in tv alle problematiche e penose “interpretazioni” per Medici e Pazienti.

Sul famigerato decreto e sulla Ministra abbiamo scritto di tutto e di più: **...STOPPATE LE SUE GAFFES..., ...SUBITO ABROGAZIONE O MODIFICA, senza SE e senza MA..., BASTA CON LE BARZELLETTE DELLE SOSPENSIONI DI FATTO E LE PAROLE VOLATILI RASSICURATIVE,...** **L'AMPLIFICAZIONE ESPONENZIALE DI INESATTEZZE CONTINUA A CREARE CONFUSIONE ED INCERTEZZA...**, ma Lei imperterrita va avanti con una «sicurezza» che definire sconcertante è un misero eufemismo. Quando sostiene in un'editoriale news letter del Ministero della Salute del 19 marzo 2016 che **“...Il primario interesse ed obiettivo, mio e del Governo, è mantenere il nostro Servizio sanitario, universale e universalistico...”** non possiamo che provare piacere che il Ministro divulghi messaggi «Snami». Ma dopo un attimo, malignamente o oggettivamente, emerge l'atroce dubbio se quanto dice possa cozzare non poco con il suo decreto appropriatezza che va verso un altro versante. La sua affermazione nel soste-

nere... quello che abbiamo in Italia, cioè accesso a cure e a prestazioni di massimo livello e di massima eccellenza in modo gratuito per tutti, a prescindere dalla propria carta d'identità e dalla propria carta di credito o dal fatto di avere o meno un'assicurazione privata, è una ricchezza sociale del nostro Paese... per caso non stride con tagli, ridimensionamenti, e il dettare linee guida «di regime»? Se così non fosse **ad atto formale seguirebbe atto formale** e il suo decreto dovrebbe essere subito modificato o abrogato. Di contro il “vogliamooci bene” e le “grande aperture” del Ministro a rivisitare la norma, il far circolare insistentemente la voce che non ci saranno sanzioni per i Medici e, come ciliegina sulla torta, sostenere che **“di fatto il decreto è sospeso, sono a nostro giudizio percorsi aleatori e pericolosi”**. Il sostenere pubblicamente e ripetutamente in tv che “se necessario e motivato il Medico può prescrivere il colesterolo anche una volta al mese”, così come altri accertamenti, vede come contralta-

re reale l'impossibilità secondo la attuale norma vigente, così come i pazienti devono, per chi può ancora permetterselo, pagare di tasca anche gli esami di routine e quotidianamente c'è una lotta per far capire che le limitazioni delle prescrizioni non dipendono da noi. Che certezza può esserci se il Ministro che ha emanato il decreto continua ad affermare pubblicamente, a “beneficio” dei Cittadini elettori, l'opposto di quanto ella stessa ha decretato? **Ancora più concreto è che diagnosi e prevenzione stanno prendendo il volo alla stessa stregua delle parole disperse al vento sulle presunte correzioni del decreto taglia esami!** Di fatto è certo che il decreto Lorenzin, in sostanza e termini, prevede nelle sue parti più incisive una riduzione dell'assistenza sanitaria, cioè una non erogabilità di molte prestazioni che, da un punto di vista clinico, sono del tutto appropriate. **Allora Signora Lorenzin: dalle parole ai fatti!**



FINALMENTE ABBIAMO LA NOSTRA SOCIETÀ SCIENTIFICA

Era necessaria la nascita di una nuova società scientifica?

SI, perché:

1. Lo SNAMI deve dotarsi di una società scientifica che risponda e produca per il sindacato documentazione utile a supportare le istanze della categoria, non solo in chiave prettamente sindacale, ma che abbiano una valenza professionale qualificante e quantificante e che sia di proprietà unica dello SNAMI e che risponda solo ad esso.
2. Uno dei problemi maggiori dei Medici di Medicina Generale è di dimostrare e quantificare a tutti, ma in particolare alle AA.SS.LL., agli Assessorati, allo Stato, ma anche ai cittadini "Cosa facciamo" e "Quanto facciamo" quotidianamente nei nostri studi e a domicilio dei nostri pazienti, nostri non perché ci sono stati assegnati d'ufficio, ma perché ci hanno scelto.
3. La società scientifica può e deve produrre documenti e pubblicazioni che possono dimostrare con i numeri e con i dati scientificamente corretti, quanta è la mole di lavoro che quotidianamente la Medicina Generale produce per il benessere della popolazione italiana.
4. Tutti i noi sappiamo quanto facciamo e quanto, più di quello che è previsto da Accordi o Contratti nazionali, regionali e aziendali, viene professionalmente attuato tutti i giorni dalla Medicina Generale. Ma dobbiamo avere i numeri e le cifre per dimostrarlo.
5. Abbiamo la necessità di corsi di aggiornamento che migliorino la nostra professionalità alla luce dei cambiamenti sempre più galoppanti che la scienza medica e chirurgica ha prodotto negli ultimi decenni, ma che serva soprattutto nella nostra pratica quotidiana.
Quindi in primis più ascolto alle necessità dei nostri iscritti e poi di tutta la categoria.
6. Formare ed aggiornare la professione alla "Cronicità", il vero e reale problema della Medicina Generale; problema non solo nostro ma di tutta la società italiana alla luce dell'aumento del numero degli anziani, delle cosiddette fasce deboli e fragili e delle nuove problematiche legate all'attuale congiuntura socioeconomica.
7. Formare oltre ai medici, anche tutte le altre professionalità che collaborano con noi, ossia personale di studio infermieristico e di segreteria.
8. Affrontare quegli aspetti che comunque ci coinvolgono professionalmente, vedi informatica, medicolegali, fiscali, burocratici e quant'altro ci riguarda oggi e quanto, in tempi più o meno brevi, ci riguarderà in futuro.



Ben arrivata 4S
Società
Scientifica
SNAMI per la
Salute

C'era bisogno di Te!



PROSEGUE IL CAMPIONATO MONDIALE DI “COMPLICAZIONE DELLO SVOLGIMENTO DELLA PROFESSIONE MEDICA”

Sembra proprio che sia stato istituito un concorso per individuare i burocrati più capaci di creare complicazioni ai Medici, con particolare attenzione ai Medici di Famiglia, e per allontanarli sempre più dall'esercizio dell'arte clinico-terapeutica trasformandoli in burocrati-ragionieri-informatici-contabili.

Dopo il certificato di malattia telematico, la ricetta “dematerializzata”, l'invio telematico delle fatture al MEF, si sentiva la mancanza dell'obbligo di invio telematico dei certificati INAIL.

L'obbligo di invio telematico dei certificati relativi agli infortuni sul lavoro ed alle malattie professionali è “scattato” dal 22 marzo 2016, con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 151/2015.

Il giorno stesso i Medici di Famiglia hanno ricevuto una comunicazione e-mail con allegato un modulo da compilare per ottenere le credenziali indispensabili ad ottemperare a quanto previsto.

Pur ritenendomi (forse a torto) un discreto appassionato di informatica, non sono riuscito a

portare a termine il percorso indicato nelle istruzioni.

Intanto ricevevo le prime numerose (e stizzite) richieste di chiarimenti da parte dei Colleghi, alle quali non ero in grado di rispondere.

Ho chiamato il call-center indicato nelle istruzioni e, dopo aver atteso il giorno successivo (a quello di entrata in vigore del decreto e nel quale sono stati respinti dall'INAIL i certificati cartacei), il primo operatore mi informava che era un errore seguire il percorso indicato nelle istruzioni e che dovevo seguire lei.

Non riuscendo, mi informava che evidentemente, il periodo di manutenzione si stava protrahendo oltre quanto indicato nel banner. Quindi avrei dovuto richiamare.

A fine mattinata, richiamavo ancora il call-center e l'operatore di turno mi guidava lungo un ulteriore percorso (sempre diverso da quello indicato) e mi portava, accedendo con le credenziali INPS a compilare un form di iscrizione con scelta della password e del nome utente.

Ritenendo che dopo circa un'ora di impegno il pomeriggio precedente, mezz'ora la mattina, e circa mezz'ora al momento, avessi finalmente conseguito il risultato di poter accedere al portale per capire come inviare i certificati, provavo ad accedere. Compariva un messaggio che mi informava che nome utente e/o password erano errati.

Dopo aver controllato più volte l'esattezza, richiamavo il call-center.

L'operatore di turno mi diceva che dovevo attuare la procedura per recuperare la password dimenticata (anche se non l'avevo dimenticata), ma non potevo farlo finché non avessi ricevuto un secondo PIN via e-mail.

Non avendolo ricevuto, a metà pomeriggio, richiamavo il call-center.

Questa volta l'operatore di turno mi informava che avevo sbagliato (pur guidato da un altro operatore) ad accedere con le credenziali INPS (anche se così era indicato nelle istruzioni) e che dovevo registrarmi come cittadino.

Pur non convinto seguivo le sue

istruzioni che mi portavano alla compilazione di un altro form, inviato il quale avrei risolto il problema. Al che mi salutava educatamente.

Compilato il form, composto da numerosi campi, tentavo di inviarlo e ricevevo il messaggio che il mio codice fiscale era già registrato e quindi non potevo proseguire.

Terminata l'attività ambulatoriale, richiamavo il call-center. Questa volta un altro operatore mi guidava lungo un ulteriore nuovo percorso, ad accedere con le credenziali INPS e a compilare un ulteriore form al quale allegare il modulo di attivazione pre-compilato.

Finalmente ricevevo il messaggio che sarei stato contattato entro 48 ore.

Mi sembra evidente una totale mancanza di rispetto per la dignità e la professionalità dei Medici, alla quale prima o poi, dovrà essere elaborata una dura risposta sindacale.





LE PATOLOGIE PIU' FREQUENTI NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA CISTITI ACUTE NON COMPLICATE

Tra le patologie più frequenti che giungono all'attenzione del MMG, troviamo le cistiti acute non complicate caratterizzate da un'infezione della mucosa vescicale (urotelio), accompagnato da uno stimolo continuo e doloroso alla minzione e che colpiscono normalmente le donne giovani e sessualmente attive.

Le infezioni delle vie urinarie sono, dopo quelle polmonari, le infezioni più frequenti.

La cistite rappresenta l'80% di tutte le infezioni delle vie urinarie e circa la metà dei casi sono ricorrenti cioè si ripetono entro sei mesi dal primo episodio. Il 25%-30% delle donne e il 12% degli uomini hanno sofferto almeno una volta nella loro vita di una cistite acuta.

Le donne sono più colpite a causa della loro conformità anatomica in quanto l'uretra è più breve rispetto a quella dell'uomo ed è situata in vicinanza dell'orifizio anale e ciò spiega perché l'agente patogeno più frequente delle IVU sia l'E. coli (normalmente presente nella flora batterica intestinale) nell'

80% dei casi, nel 10%-15% dei casi è presente lo staphylococcus saprophyticus, l'enterococcus faecalis, il proteus mirabilis, ecc.

Fattori predisponenti le infezioni delle vie urinarie sono la gravidanza, l'età, l'attività sessuale, le malformazioni dell'apparato urinario, gli abusi alimentari, la cattiva igiene intima, ecc.

Le cause sono infezioni da batteri, virus o funghi, farmaci (chemioterapici), cateteri urinari, ecc. Il gold standard per la diagnosi delle cistiti acute ricorrenti e delle IVU in genere è l'urinocoltura con AB ed identificazione batterica. Si raccomanda di raccogliere le urine del mattino (perché più concentrate) previa detersione dei genitali esterni con acqua corrente. L'urina va raccolta in un contenitore sterile e portata in laboratorio entro trenta minuti, se ciò non è possibile l'urina va conservata in frigorifero tra 0°- 4°. Inoltre la diagnosi è caratterizzata dall'esame obiettivo, es. dell'urine (presenza di leucociti, microematuria, nitriti) indagini strumentali (ecografia dell'ap-

parato urinario, urografia, cistoscopia ecc.

La terapia nelle cistiti acute non complicate prevede (linee guida SIU 2015) un ciclo terapeutico con fosfomicina 3g per 2g in singola dose oppure nitrofurantoina 50-100mg 4 volte al dì per 5 giorni, oppure cotrimossazolo 160/800mg, due volte al dì per 3 giorni; levofloxacina 500 mg. una volta al giorno per tre gg.; ciprofloxacina 500mg. Due volte al dì per tre gg., oppure 1000mg. RM una volta al dì per tre gg.

La profilassi delle cistiti acute ricorrenti non complicate è basata su una strategia comportamentale sui fattori di rischio, stile di vita, alimentazione ect., una profilassi antibiotica ed una profilassi non antibiotica (urovaxom, fermenti lattici, cranberry ...) linee guida SIU 2015.

Spesso le IVU sfuggono al controllo del MMG per il fatto che la diagnosi e la terapia vengono delegate all'autoprescrizione del paziente. Infatti si è calcolato che nel 36,3% dei casi nella cistite non complicata vi è un uso inappropriato dell'antibio-

tico (Rapporto OsMed 2013) e conseguente aumento delle resistenze batteriche (chinoloni) con frequenti recidive.

Tutto ciò determina importanti problemi di economia sanitaria caratterizzati da elevati costi sia diretti, visite mediche, ripetuti es. culturali con AB, antibiotici spesso molto costosi, ricoveri, che indiretti, attività lavorativa interrotta per disabilità temporanea.

Negli USA ci sono 7 milioni di visite ambulatoriali all'anno, 1 milione di visite in pronto soccorso, 100.000 ricoveri.

Sebbene gli antibiotici siano il trattamento farmacologico di elezione per la terapia della cistite acuta, un approccio globale alla prevenzione di questa forma di infezione alle vie urinarie è auspicabile anche alla luce dell'antibiotico-resistenza. Sono disponibili oggi nuove terapie in grado di normalizzare la funzionalità delle vie urinarie e prevenire l'insorgenza di tali forme di cistiti.



LA SANITÀ 2.0

XXXV
CONGRESSO
NAZIONALE



ATA Hotel
Naxos Beach
Via Recanati, 26
Giardini Naxos ME

Con il contributo non condizionante di:





CONTATTO & ARCHIMEDITA

Via Vincenzo Lancia, 27 - 10141 Torino (TO)
Tel. 011.712393 - 011.715210 Fax 011.726115
www.contatto.tv info@contatto.tv