



Care Colleghe, cari Colleghi, gentili ospiti,
il mio personale saluto a questo XXXVI Congresso Nazionale
SNAMI.

L'Italia spende poco per la Sanità.

Le criticità sono tutte rivolte ai livelli di salute e assistenza.

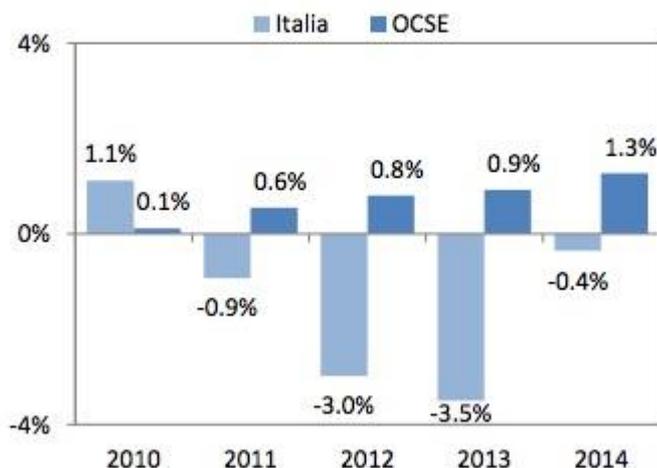
Registriamo una forte prevalenza di malattie croniche legate all'invecchiamento della popolazione ed una scarsa assistenza a lungo termine per gli anziani più poveri.

I letti per questo tipo di assistenza in Italia erano 18,9 nel 2013, pochi se confrontati con la media Ocse di 49,7.

La spesa sanitaria pro-capite in Italia è diminuita in termini reali a partire dal 2011. L'Ocse segnala come la spesa sanitaria pro capite in Italia è diminuita del 3.5% in termini reali nel 2013 per il terzo anno consecutivo ed i dati preliminari per il 2014 indicano un'ulteriore riduzione dello 0.4%.

La spesa sanitaria pro capite in Italia rimane inferiore ai livelli precedenti la crisi economica, e ampiamente al di sotto della spesa di altri Paesi OCSE ad alto reddito.

Per quanto riguarda la sola spesa sanitaria pubblica con il 6.8% ci collochiamo invece leggermente al di sopra della media Ocse (6,6%) e occupiamo in ogni caso il 16° posto in classifica.

Crescita annuale della spesa sanitaria pro capite in termini reali, Italia e media OCSE, 2010-2014

Fonte: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

I dati relativi allo scorso anno rivelano che gli ospedali sono i principali erogatori di assistenza nel sistema sanitario italiano, con un'incidenza del 45,5% sul totale della spesa sanitaria corrente.

Appare dunque chiaro che non si possa continuare a parlare di centralità del territorio quando gli investimenti vengono indirizzati soprattutto verso l'Ospedale.

E non stiamo dicendo che gli investimenti debbano essere fatti tout court sul territorio, togliendoli all'ospedale, ma che debbano seguire il paziente.

Se un paziente che deve essere dimesso, non ha ancora completato il suo percorso di diagnosi e cura, deve trascinare con sé gli investimenti economici e strutturali per completare il suo iter sul territorio.

Il territorio non deve essere una nebulosa dove scaricare i problemi!

Il territorio non potrà mai essere un “ospedale decentrato”, né una sua succursale, si deve pensare a strutture intermedie che possano accogliere chi non è in grado di stare al proprio domicilio e chi non deve ancora essere ricoverato in ospedale.

La politica non può pensare di spostare sul territorio nuove incombenze senza prevedere adeguati investimenti.

Basta con le bugie!

Gli accessi inappropriati al pronto soccorso non sono dovuti a colpe della Medicina Generale.

Si devono far pagare al paziente le prestazioni inappropriate.

I codici bianchi non devono diventare verdi!

Ticket Pronto Soccorso sui codici bianchi

Valle d'Aosta	25 euro
Piemonte	25 euro
Liguria	25 euro (fino a 61,15 euro con prestazioni)
Lombardia	25 euro
Trento	25 euro (fino a 75 euro con prestazioni). Si pagano fino a max 50 euro le prestazioni in codice verde
Bolzano	50 euro per casi non urgenti + tariffa per ogni prestazione specialistica fino ad una max di 100 euro – 15 euro per casi giustificati senza ricovero
Veneto	25 euro + ticket specialistica per eventuali prestazioni
Friuli Venezia Giulia	25 euro
Emilia Romagna	25 euro per la visita (fino a 36,15 con prestazioni)
Toscana	Importo massimo 50 euro + 10 euro per digitalizzazione
Marche	25 euro
Umbria	25 euro

LA SANITÀ 2.1 - Medicina rurale e metropolitana, due realtà parallele: opportunità e confini

Lazio	25 euro
Abruzzo	25 euro
Molise	25 euro
Campania	25 euro
Basilicata	25 euro
Puglia	25 euro (fino 36,15 con prestazioni specialistiche)
Calabria	25 euro (fino a 45 euro con prestazioni specialistiche)
Sicilia	25 euro
Sardegna	25 euro. 15 euro per codici verdi senza ricovero

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati Regioni

Nel 2013 i **ricavi totali dal ticket sul pronto soccorso** sono stati di 34,7 mln. La Regione che ha incassato di più è stata il Veneto con 8 mln di euro. Poi la Lombardia con 6,9 mln seguita dall'Emilia Romagna con 6,6. Solo queste tre rappresentano più del 60% dei ricavi totali. Sorprende se rapportato alla popolazione il dato sulla Regione Lazio e sulla Campania con 'appena' 200 mila euro ciascuna.

Costo ticket Pronto soccorso (in mln di euro). Anno 2013

Regione	Ticket Pronto soccorso
Piemonte	0,3
Valle d'Aosta	0
Lombardia	6,9
PA Bolzano	1,7
PA Trento	0,7
Veneto	8,0

LA SANITÀ 2.1 - Medicina rurale e metropolitana, due realtà parallele: opportunità e confini

FVG	0,5
Liguria	0,4
Emilia R.	6,6
Toscana	2,1
Umbria	0,5
Marche	0,2
Lazio	0,2
Abruzzo	0,8
Molise	0
Campania	0,2
Puglia	1,9
Basilicata	0
Calabria	2,5
Sicilia	0,2
Sardegna	0,7
Totale Italia	34,7

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati Corte dei conti

Quali colpe ha la Medicina Generale se la programmazione regionale non prevede che d'estate farà caldo e d'inverno freddo?

Non lo sanno?

Glielo diciamo noi! Ora!

Cari Assessori regionali vi assicuriamo che quest'inverno farà freddo.

Vi assicuriamo che arriverà l'influenza!

Vi assicuriamo che se non ampliarrete la presenza in turno del personale in pronto soccorso vi sarà l'emergenza.

Vi assicuriamo che se non programmerete un temporaneo aumento dei posti letto ospedalieri vi saranno le barelle piene nei corridoi, ed i pazienti adagiati a terra sui materassi!

Volete farci credere che lo scoprirete dopo l'ennesimo scoop giornalistico?

La prevenzione in sanità non può essere solo medica.

E' prevenzione anche preoccuparsi di avere le strutture adatte dove servono e quando servono.

Parliamo di prescrizione farmaceutica:

non possiamo continuare così.

Va bene l'appropriatezza, ma non si può insistere nel penalizzare i Medici di Medicina Generale con richieste di rimborsi legate a cavilli burocratici.

Siamo stufi di essere trattati come delinquenti o accattoni.

Il medico deve prescrivere in scienza e coscienza quello che ritiene giusto e sia poi lo Stato a dire ai propri cittadini cosa rimborserà e cosa no.

Non si può ribaltare anche questo onere sul professionista, indebolendo il suo rapporto con il paziente.

Basta con i cambi selvaggi della prescrizione del medico in farmacia.

Non ne faccio una questione farmacologica.

I nostri pazienti sono anziani e pluritrattati.

Riconoscono i farmaci in base alla scatola, alla forma ed al colore delle compresse.

Abbiamo la certezza, perché la viviamo ogni giorno, di errate assunzioni legate al cambio di forma e colore dei prodotti.

VOGLIAMO che le farmacie dispensino quanto da noi prescritto, sia esso Brand o equivalente.

Chiediamo ai politici di tutti le appartenenze, che negli anni hanno lasciato intendere ai cittadini che le vaccinazioni, quale prevenzione di malattie che si pensavano legate ad un passato nemmeno troppo lontano, fossero inutili, di tenere alta l'attenzione.

Chiediamo alla politica che ha perso quella autorevolezza che le avrebbe permesso di introdurre la vaccinazione come obbligo sacrosanto e non come imposizione, di combattere al proprio interno per riaffermare un principio fondamentale:

La velocità della luce non si misura a maggioranza!

Il politico faccia il politico e lasci alla medicina discutere di medicina.

Noi che siamo medici sappiamo che la verità assoluta in medicina non esiste.

Esiste la discussione, il confronto, lo studio, la revisione. Saremo noi a dire cosa serve, la politica pensi a come attuare quanto da noi consigliato.

Potevo prendere le relazioni degli anni passati e ricopiarle perchè sull'ACN siamo sempre al solito punto.

E non potrebbe essere diversamente dopo la sciagurata legge che Balduzzi ed alcuni rappresentanti sindacali hanno strenuamente voluto.

Non fu difficile allora dire e lo SNAMI, unico sindacato, lo disse, che quella legge avrebbe portato ad uno stallo della trattativa.

E così è stato!

Pensiamo che la Legge n.189 dell'8 novembre 2012 sia una legge inadeguata nei modi e nei tempi, figlia della non conoscenza delle problematiche del comparto delle cure territoriali, nata anche dal non aver ascoltato chi, quotidianamente, vive sul campo i problemi!

Adesso abbiamo un nuovo Atto di indirizzo che nulla ha cambiato, se non fosse per l'inserimento della parte economica da noi richiesta quale conditio sine qua non e grazie alla quale è stata possibile la difficile ripresa delle trattative.

Con quella Legge è difficile avere un atto di indirizzo migliore.

E' giunto forse il momento di chiudere un accordo che dovrà essere non stravolgente dell'attuale. Che dovrà tener conto della progressiva diminuzione dei medici e del fatto che tale riduzione non è uguale in tutte le regioni.

Dobbiamo realizzare un ruolo unico che permetta il sostenimento del sistema e che non lasci dubbi che permettano tensioni all'interno della categoria.

Siamo disponibili a ragionare su un pagamento per obiettivi, ma solo se questi saranno negoziati e condivisi con le OOSS.

Obiettivi che devono essere raggiungibili e condivisi.

Altrimenti si tratterà di un taglio economico. E non lo accetteremo.

Il recupero dell'indennità per la vacatio contrattuale non deve e non può essere l'investimento per nuovi compiti.

Non si fanno le nozze con i fichi secchi.

Siamo pronti ad occuparci di cronicità, lo facciamo tutti i giorni, i numeri sono altissimi, ma per farlo necessitiamo di investimenti, di collaborazione, di aiuto.

I medici di famiglia italiani nel 2016 hanno effettuato 46.680.400 ore di studio e più di 40.000.000 visite domiciliari.

Per fare medicina di iniziativa serve impegno, tempo ed investimento in personale sanitario e amministrativo.

Se il medico di famiglia è impegnato nella medicina di iniziativa chi farà le urgenze? Chi farà le domiciliari non urgenti? Chi seguirà le ADI?

Per fare tutto questo vi deve essere integrazione tra le diverse figure professionali.

Facile forse in aree metropolitane, sicuramente più complesso nelle aree rurali.

Non smetteremo mai di ribadire alla parte pubblica che in metropoli, città, cittadine, paesi, piccole comunità, territori con popolazione sparsa, non potrà mai funzionare un unico modello sanitario di assistenza e che si deve differenziare la medicina rurale da quella metropolitana.

Tanto crediamo a questo concetto che gli abbiamo addirittura intitolato questo Congresso.

Non siamo medici dipendenti e qualsiasi strutturazione non può esimersi dal considerare la nostra esigenza di autonomia organizzativa inserita in un contesto diverso da quello attuale.

Non vi devono essere imposizioni sul ruolo unico.

Le differenze numeriche dei professionisti in campo nelle varie regioni devono essere affrontate con modelli diversi.

Modelli che comunque devono essere previsti nell'accordo collettivo nazionale.

Non si può lasciare alla pericolosa fantasia delle regioni la strutturazione e la modalità del lavoro dei medici.

Il medico di Medicina Generale ha una professionalità specifica. Non sostituibile con quella di altre figure.

Siamo stati formati per fare questo tipo di lavoro.

Lo sappiamo fare bene.

Pensiamo, orgogliosamente, di farlo meglio di qualunque altro!

Analizzando il numero dei medici che usciranno dalla convenzione per raggiunti limiti di età e quelli che vi entreranno a seguito della programmazione regionale si può valutare un netto squilibrio con una carenza nel 2026 di più di 28.000 medici.

A quella data il 60% degli attuali Medici di Medicina Generale saranno in pensione.

Studio di confronto a cura del centro Studi SNAMI

ANNO DI NASCITA	ANNO DI PENSIONAMENTO	TOTALE MMG ATTIVI	ISCRITTI CORSO DI FORMAZIONE 2016	SALDO NEGATIVO
1948	2016	1299	1034	-265
1949	2017	1833	1034	-799
1950	2018	2506	1034	-1472
1951	2019	3311	1034	-2277
1952	2020	4081	1034	-3047
1953	2021	4575	1034	-3541
1954	2022	4842	1034	-3808

LA SANITÀ 2.1 - Medicina rurale e metropolitana, due realtà parallele: opportunità e confini

1955	2023	4862	1034	-3828
1956	2024	4701	1034	-3667
1957	2025	4193	1034	-3159
1958	2026	3637	1034	-2603
			DIFFERENZA	-28.466

Si aumenti subito il numero delle borse per il corso di formazione generale.

In mancanza di questo si preveda, almeno, la possibilità per chi lavora in modo precario nella Medicina Generale da un congruo periodo temporale, di accedere al corso senza borsa; eventualmente anche prolungandone la durata riducendone la frequenza giornaliera in modo da permettere agli stessi di lavorare per il loro sostentamento e per il sostentamento del sistema che in molte parti di Italia non trova più medici per le sostituzioni o per i turni di continuità assistenziale.

Non disperdiamo una ricchezza data da precari che lavorano e sostengono il settore con la loro professionalità.

Dobbiamo chiarire quale sia il ruolo dell'emergenza sanitaria territoriale.

Va chiarita la funzione: o territoriale e quindi rivolta soprattutto al mantenimento ed alla cura dei pazienti sul territorio stesso o ospedaliera e quindi addetta al recupero del paziente sul territorio e al suo trasporto e trattamento in ospedale.

Questo deve essere chiarito, altrimenti non vi sarà la possibilità di rapportare le figure professionali tra di loro, soprattutto nei confronti degli obiettivi prefissati.

Sono sicuro che in questi giorni di Congresso saprete discutere queste tematiche e darete la linea da seguire nelle imminenti trattative.

Da questo Congresso ci aspettiamo un cambio di marcia importante che ci renda propositivi all'interno della compagine sindacale.

In questi anni ci siamo posti non in contraddizione con gli altri.

Abbiamo cercato di valorizzare quello che ci unisce accantonando a volte quello che ci divide.

Spero che questo venga fatto anche dalle altre compagini sindacali in modo da avere una unità di fronte a tematiche che sono di tutta la categoria e non di questa o quella organizzazione sindacale.

Unità che si è vista e si sta vedendo in questo momento in Veneto.

I medici del Veneto, uniti, stanno dando segno di grande forza.

Stanno attuando delle modalità di protesta innovative e per questo piene di incognite.

Hanno ricevuto minacce più o meno velate per distrarli dalla protesta.

Chi tocca un medico veneto tocca tutti noi!

E la risposta sarà dura.

Non è il momento di piegare la schiena.

E' in gioco il nostro futuro.

Se sapremo guidare il cambiamento sopravviveremo altrimenti saremo destinati ad una lunga ed irreversibile agonia.

A tutti voi è nota la querelle che abbiamo avuto con gli infermieri.

Noi agli infermieri diciamo: vi stimiamo.

Lavoriamo con voi tutti i giorni.

Vogliamo lavorare con voi.

Ma non si entra a casa degli altri a gamba tesa.

Noi vogliamo collaborazione ed aiuto dagli infermieri.

Insieme sapremo trovare forme ed investimenti che ci permetteranno di affrontare le sfide che si pareranno dinanzi a noi.

Oggi sono stati premiati dei giovani medici che hanno partecipato all'Award Alice, istituito dalla famiglia in collaborazione con la 4S in ricordo di Alessandra.

I lavori dei colleghi hanno fornito e forniranno suggerimenti importanti per la categoria.

Anche per il prossimo anno avremo l'Award Alice e lo renderemo ancora più pregnante nelle indicazioni.

Un ricordo particolare lo voglio portare ad un amico scomparso recentemente:

Natale Tarantino.

Una persona per bene, un collega, ma soprattutto l'amico che abbiamo salutato con un abbraccio il giorno prima in Comitato Centrale e non abbiamo più rivisto.

Ciao Natale.

Angelo Testa

La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente.

LA SANITÀ 2.1 - Medicina rurale e metropolitana, due realtà parallele: opportunità e confini

LA SANITÀ 2.1 - Medicina rurale e metropolitana, due realtà parallele: opportunità e confini

LA SANITÀ 2.1 - Medicina rurale e metropolitana, due realtà parallele: opportunità e confini