

Gentili colleghe, gentili colleghi, amici, ospiti vi do il benvenuto a questo quarantaduesimo Congresso Nazionale SNAMI che, per il secondo anno, si svolge in questa meravigliosa località di Isola delle Femmine.

Ci siamo lasciati proprio da questo palco un anno fa con la convinzione e la speranza di aver buttato dietro alle spalle il peggio per quanto riguardava sia la situazione legata all'infezione da COVID-19 sia la situazione di una guerra che stava mettendo a dura prova l'economia del nostro paese e quindi, di riflesso, anche gli investimenti sulla sanità.

Purtroppo, la situazione come tutti sappiamo non è migliorata e anche leggendo la NADEF rileviamo che il finanziamento del sistema sanitario, pur essendo aumentato in termini assoluti, si riduce in rapporto al PIL e rimane al di sotto di quella che è la media europea.

Il continuo disinvestimento di risorse dal sistema sanitario, in atto negli anni, ha fatto sì che alla riduzione dei posti letto ospedalieri non seguisse un investimento almeno pari sul territorio.

Questo ha creato una situazione in cui, fino ad un certo punto, il paziente che non trovava adeguata risposta ai suoi bisogni a livello ospedaliero la trovava in un sistema che ancora era ridondante di servizi sul territorio, ma che, con la riduzione continua delle risorse e il pensionamento delle figure umane che ivi lavoravano, piano piano si è trovato senza risposte né in ospedale né sul territorio.

Troppo spesso sentiamo dire che il problema è il territorio, che il problema sono i medici di medicina generale, che i pronti soccorsi straripano di persone che vanno lì perché non trovano la risposta adeguata al di fuori dell'ospedale.

Ebbene è da anni che ripetiamo che la causa dell'accesso indiscriminato al pronto soccorso non è legata a una carenza della medicina territoriale ma è legata innanzitutto alla cattiva programmazione del sistema sanitario nazionale.

È ovvio che, se io cittadino dopo essere stato visitato dal mio medico di medicina generale ed aver ottenuto una appropriata prescrizione ed essermi rivolto al centro di prenotazioni che mi ha assegnato una data per quella prestazione ad una distanza temporale tale da renderla inutile, la soluzione più semplice che posso trovare è quella di andare a cercare quella prestazione al pronto soccorso.

È ovvio che, se a questo si aggiunge la cattiva educazione civica del cittadino o anche solo l'ansia per una patologia che lui ritiene grave, che lo porta a saltare il proprio medico di medicina generale rivolgendosi direttamente al pronto soccorso, il sistema non può reggere.

A tutto questo si aggiunge l'incapacità della politica di dire ai cittadini la verità e cioè che il sistema sanitario nazionale non è un sistema a risorse infinite e che quindi quelle risorse vanno allocate nel modo corretto ed utilizzate in modo appropriato per permettere a tutti di poter utilizzare il servizio sanitario nazionale quando ve ne sia l'effettiva necessità.

A queste situazioni la risposta della politica e dei media è sempre quella di ribaltare su qualche ipotetica mancanza del medico in medicina generale che non ha fatto il proprio dovere ed è quindi la prima causa di questa situazione.

Io anche quest'anno ricordo che buona parte dell'impossibilità di arrivare ad una convenzione per la medicina generale che potesse soddisfare l'esigenza dello Stato di fornire un'assistenza territoriale adeguata, quella dei professionisti di trovare all'interno dell'accordo collettivo uno strumento per rendere appetibile e mantenibile questo sistema di lavoro e quella dei pazienti di avere una risposta appropriata al proprio bisogno di salute, deriva dalla legge Balduzzi, che lo SNAMI ha avversato sin dalle prime bozze.

Ricordo ancora quando vi era chi, all'interno del mondo sindacale, lodava questa legge mentre lo SNAMI diceva che era una legge che avrebbe impedito una riforma efficace ed efficiente.

Il tempo è sempre galantuomo e a distanza di dieci anni è stato partorito un accordo collettivo nazionale che ad oggi non ha ancora permesso alle regioni di riuscire a trasformare quell'accordo collettivo nazionale in un accordo integrativo regionale valido.

O pensiamo che i sindacati, la SISAC e le regioni siano totalmente incapaci di creare degli accordi che possano dare una sanità giusta, equa e sostenibile, oppure dobbiamo riaffermare che la 189/2012 è una legge sbagliata nei modi e nei tempi e che va modificata.

A dire il vero non ce ne siamo accorti solo noi ma anche in Senato c'è chi ha capito che con quella norma non si sarebbe andati lontano.

Al momento al Senato si discute del DDL 227 che è sicuramente un tentativo di porre un rimedio a molte delle difficoltà in essere. Per quanto ci riguarda restiamo a disposizione per migliorare e per dare la nostra consulenza come sempre per far sì che la legge trovi la massima applicazione.

Si sono riaperte le trattative per l'accordo collettivo nazionale sulla base di un atto di indirizzo che non ci piace e che riteniamo in molti punti peggiorativo e che non potrà che creare delle implicazioni a livello convenzionale che sicuramente non renderanno migliore il sistema di assistenza sul territorio.

Preferiremmo avere un accordo ponte, che permetta di modificare quella parte di articolato che ha creato e sta creando alle regioni grosse difficoltà nella stipula degli accordi integrativi regionali, piuttosto che, come prevede l'atto di indirizzo stesso, complicare ulteriormente l'attività del medico convenzionato portando il sistema a perdere altre risorse umane senza attrarne di nuove.

Senza aumenti del compenso dei medici e ristori al cento per cento dei fattori di produzione non si va da nessuna parte!

Parimenti ci preoccupa la totale assenza di indicazioni sul sistema di emergenza urgenza.

Ci troviamo in questo momento all'interno di un sistema dicotomico dove trattiamo un accordo collettivo nazionale che segue sue regole e cinetiche parallelamente al PNRR che mira ad una strutturazione completamente diversa del sistema sanitario.

Proprio per questo riteniamo che un accordo ponte sarebbe la soluzione migliore per permetterci di arrivare a una contrattazione reale su quello che lo stato vorrà come futuro della medicina territoriale.

Stato che ha il diritto ma soprattutto il dovere di decidere quale tipo di sanità vuole dare ai propri cittadini.

I sindacati hanno il diritto e il dovere di esprimere la loro idea sul sistema sanitario nazionale ideale e di aiutare lo stato a sviluppare degli accordi che permettano la miglior soluzione con le risorse a disposizione ed il miglior ambito lavorativo per i propri iscritti.

Con il PNRR lo Stato ha fatto la cosa più sbagliata che potesse fare:
ha iniziato la costruzione della casa partendo dal tetto e non dalle fondamenta!

Sarebbe interessante capire la volontà di chi ha ideato un sistema incentrato sulla casa di comunità quale luogo in cui il cittadino debba trovare le risposte a ogni suo problema.

Se vogliamo riformare il sistema dobbiamo innanzitutto conoscere se la volontà dello Stato è quella di accentrare l'assistenza territoriale oppure di renderla capillare.

Sulla capillarità si è sviluppata storicamente la medicina territoriale italiana e quindi per poter mantenere e sviluppare questo tipo di assistenza necessitano interventi strutturali e sul personale che possano permettere ai medici di fornire un'assistenza quanto più possibile simile al cittadino sia in una grande Area metropolitana quanto in una zona rurale o in una zona montana o una piccola isola.

Accentrare all'interno di strutture che giocoforza non potranno essere ubiquitarie ma dovranno essere situate in zone strategiche tali da permettere il facile raggiungimento da parte di tutta la popolazione ovviamente va verso una visione opposta a quella tradizionalmente presente in Italia.

In questo momento vi è stato solo un investimento edilizio che, per non creare solo cattedrali nel deserto, ha necessità di svilupparsi su quella che può essere l'assistenza data all'interno di queste strutture e soprattutto su chi questa assistenza la debba fornire.

Parrebbe ovvio che, all'interno di queste strutture, ci debbano lavorare i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali.

Per quanto riguarda la nostra categoria, poiché delle altre non tocca a me parlarne, il lavorare all'interno di una struttura mantenendo la capillarità attuale non può essere un compito normato dall'accordo collettivo nazionale.

Abbiamo visto proposte quanto più varie ed assortite, anche a spese degli stessi medici di medicina generale, per far fronte a questa necessità.

Ma se il medico di medicina generale deve continuare la sua attività all'interno del suo studio, fornendo l'assistenza ai propri pazienti, il suo impegno all'interno della casa di comunità non può essere visto come un debito orario ma deve essere visto come un plus orario.

Non capiamo per quale motivo il dipendente pubblico, terminato il suo impegno lavorativo, svolge lo straordinario e la libera professione mentre il medico convenzionato, libero professionista, terminato il suo lavoro all'interno del proprio studio, con la propria organizzazione che autonomamente si è dato, debba andare all'interno di una struttura a lavorare in convenzione.

Dobbiamo arrivare all'annullamento, per quanto riguarda il medico convenzionato, delle incompatibilità, così da permettere allo stesso, una volta terminato la propria attività convenzionale, se vuole, di poter partecipare ad altre attività, fosse anche l'attività all'interno della casa la comunità, ma come libero professionista!

Devono essere riconosciute al medico di medicina generale le possibilità reali di ferie, gravidanza e utilizzo delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992.

Deve essere normata la autocertificazione da parte del cittadino dei primi tre giorni di malattia.

Negli anni della pleora medica abbiamo dovuto sottostare ad un continuo demansionamento della professione medica per far fronte alla possibilità di far lavorare tutti. Oggi che vi è carenza di medici la situazione dovrebbe invertirsi riportando il medico ad una professione meno impiegatizia di quella a cui ci hanno costretto negli anni passati.

Paradossalmente invece, oltre a non vedere questa inversione di rotta sul lato professionale, assistiamo, purtroppo inermi, ad un ribaltamento del paradigma del mercato dove di fronte ad un'offerta di personale medico inferiore alla richiesta chi deve pagare voglia pagare di meno e far lavorare di più!

Vediamo le farmacie aumentare la loro sfera di azione spingendosi a pratiche tipicamente mediche. Riteniamo giunto il momento di rivendicare la possibilità da parte del medico di attivare un dispensario farmaceutico all'interno del proprio studio.

Leggiamo da più parti dichiarazioni provenienti dal ministero della salute e dalle regioni sulla volontà di assumere i medici medicina generale.

A volte questa notizia viene data ora come assunzione riguardante solo i nuovi entrati a volte rivolta a tutta la categoria.

Fatto salvo che ogni medico di medicina generale ha scelto di fare questa professione anche spinto dall'animo di libero professionista che si voleva dare una autonoma organizzazione e rinunciava, per quello, a molti dei privilegi della dipendenza, rimane il fatto che un'assunzione, fosse anche solo dei medici nuovi entrati, porterebbe alla morte della medicina generale ed alla sua capillarità.

Io non penso che lo Stato usi la minaccia della dipendenza nei confronti di una categoria che si appresta al rinnovo contrattuale, ma se così fosse segnale che un sondaggio fatto dallo SNAMI nei confronti dei suoi dirigenti ha svelato che la maggior parte dei medici SNAMI vorrebbe restare convenzionata ma la percentuale di coloro che anelano alla dipendenza arriva al 40%.

Inoltre, il 77% dei medici intervistati non è soddisfatto della professione per diversi motivi:

1. Carenza di tutele per la maternità (la ragione di gran lunga più menzionata)
2. Ricatto dell'assistito dovuto alla quota capitaria (regioni del sud)
3. Poche ore per la libera professione
4. Difficoltà a trovare sostituti
5. Carenza tutele per la malattia o in caso di imprevisti
6. Nessuno scatto di carriera o anzianità

Questo probabilmente fa sì che vi sia un diverso atteggiamento nei confronti della dipendenza stessa con aspettative ed esigenze sicuramente diverse da quelle tradizionali.

La dipendenza aprirebbe scenari diversi che sicuramente minerebbero alla base quella che è l'attuale strutturazione della assistenza territoriale.

Sento spesso parlare di modifiche della modalità lavorativa legate innanzitutto alla telemedicina; nutro però qualche dubbio che quand'anche avessimo, e temo non sia così, una cultura in questo senso acquisita da parte degli operatori sanitari sicuramente non avremmo da parte del cittadino la stessa capacità di risposta.

Ricordo che, quando durante la pandemia i bambini dovevano seguire le lezioni in DAD, vi fosse una grossa difficoltà delle famiglie ad ottemperare tale obbligo legata all'assenza nelle abitazioni di connessione Internet, di pc e tablet. Viene quindi da pensare che, se anche questa popolazione, giocoforza giovane, era ancora così arretrata dal punto di vista tecnologico come potrebbe essere adeguatamente pronta quella più anziana, fatalmente deputata ad avere più malattie e quindi ad avere più necessità di telemedicina?

Ed allora, se vogliamo aumentare la capacità di utilizzare questa metodica, dobbiamo innanzitutto sviluppare competenze prima all'interno della categoria degli operatori, e poi creare sinergie per permettere alla popolazione di acquisire competenze per poter usufruire di tale metodica.

Vi è poi un'altra grossa innovazione che avrà nei prossimi anni un impatto notevole sia sugli operatori che sui cittadini e che, se non ben gestita creerà grosse difficoltà.

Sto parlando dell'intelligenza artificiale che ha già una importante componente specialistica; pensiamo a quanto importante sia già in ambito radiologico la CAD (computer aided diagnosis), ma che può nel futuro a breve medio termine aiutare il medico di medicina generale ad essere più autonomo nel suo essere medico tuttologo.

Intelligenza artificiale che dovrà essere al servizio del medico e non utilizzata in modo dozzinale dal paziente.

Pensiamo a questo strumento a disposizione di un paziente che con l'inserimento dei propri sintomi avrà una serie di diagnosi e che vorrà poi trovare riscontro a queste ipotesi diagnostiche tramite il sanitario e il sistema sanitario nazionale.

Non sarà facile reggere in un mondo dove l'autorevolezza del medico è stata distrutta.

Purtroppo, con l'avvento della pandemia si è creata una situazione in cui il medico da eroe è diventato il capro espiatorio di tutti i mali della sanità.

Non passa giorno in cui non vi sia un'aggressione nei confronti del personale sanitario e questo non può essere accettato!

Per quanto riguarda la nostra categoria abbiamo avuto un attacco ignobile da parte dei media dopo che siamo stati quelli che hanno avuto il maggior numero di decessi e siamo stati lasciati soli senza DPI e ricordiamo tutti le difficoltà a reperire tali strumenti.

Come avremmo potuto avere così tanti decessi se non lavoravamo?

È grazie all'attività incessante di quei mesi dei medici di medicina generale che i pronti soccorsi hanno potuto reggere.

Pensiamo a cosa sarebbe successo se veramente non ci fossero stati i medici di medicina generale che hanno lavorato incessantemente per dare una risposta ed un aiuto ai pazienti che li chiamavano.

In pronto soccorso ci andavano coloro che si trovavano in una situazione clinica grave che non avrebbe potuto avere una risposta adeguata al proprio domicilio.

E proprio in memoria di coloro che si sono ammalati gravemente e che sono morti non possiamo dimenticare.

Onore e memoria ai caduti della medicina generale!

La ignobile campagna mediatica che ha dato la colpa al medico di medicina generale assente ha creato questa situazione dove il lavoro è diventato insostenibile, i medici più anziani scappano in pensione appena ne hanno la possibilità e i più giovani preferiscono tentare la specializzazione piuttosto che il corso di formazione in medicina generale.

Vediamo sempre più spesso il concorso per il corso di formazione di medicina generale non assegnare tutte le borse o perdere strada facendo quelle assegnate.

Vediamo colleghi, dopo aver terminato il triennio, complice anche l'enorme disponibilità di posti creatisi all'interno delle specialità, non entrare nel sistema convenzionale ma iniziare la specializzazione.

È ovvio che, se il corso di formazione in medicina generale non diventerà una specializzazione a tutti gli effetti, saranno sempre meno i medici che, avendone la possibilità, sceglieranno di avere un corso di formazione invece che una specialità.

Proprio per questo lo SNAMI da anni richiede che il corso di formazione diventi specialità, con un'equipollenza ad altre specialità in modo tale da permettere al professionista durante la propria vita professionale di lavorare in parte come convenzionato in parte come dipendente.

Questo permetterebbe un arricchimento di tipo culturale e darebbe la possibilità di poter sviluppare la propria carriera professionale in entrambi i settori senza avere problematiche previdenziali e di carriera.

L'anno passato vi avevo promesso la riedizione di *“Riscatto Medico”*, il libro che racconta la storia dello Snami.

Non ci sono riuscito ma mi riprometto di farlo in quest'anno e di editarlo prima del Congresso prossimo in modo da poterlo distribuire in sede congressuale.

È importante soprattutto per i più giovani conoscere la storia del nostro Sindacato.

Mi rendo conto che la storia di quarant'anni fa può essere anacronistica, ma se non la si conosce non si possono comprendere quelle che sono le nostre idee.

Noi dobbiamo pensare al futuro. Le mie stesse azioni spesso sono state dettate dalla necessità di pensare al futuro del Sindacato.

Chiedo a tutti, medici, politici, funzionari, uno sforzo per gettare il cuore oltre l'ostacolo e programmare una sanità del futuro che non lasci indietro nessuno, né medici né pazienti.

Angelo Testa

La memoria è tesoro e custode di tutte le cose

Cicerone