

N. 9 - Ottobre 2020  
Copia omaggio per i Sig.ri Medici  
Disponibile on-line su: [www.snami.org](http://www.snami.org)

# LIBERTÀ *medica*

Organo Ufficiale del Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani

# SNAMI

## IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE a. C. - d. C.



●●● 2020





© 2020 Contatto S.r.l. e Archimedica Edizioni Torino  
 Sede Legale: Via Vincenzo Lancia, 27 - 10141 Torino  
 Tel.011.712.393 - Fax 011.726.115  
 Sito web [www.contatto.tv](http://www.contatto.tv); e-mail: [info@contatto.tv](mailto:info@contatto.tv)

Richiesto l'inserimento nel R.P.G. delle opere protette.  
 Ai sensi dell'art. 105 e per gli effetti dell'art. 103 della legge  
 22/04/1941, n. 633 sulla protezione del diritto d'autore e ai  
 sensi degli art. 31, 33, 34 e 35 del relativo regolamento di  
 esecuzione apporato con R.D. 18/05/1942, n.1369.

Titolo: "Libertà Medica SNAMI"

Publicato da: Contatto S.r.l. Archimedica Edizioni  
 Torino, Ottobre 2020

Editore:  
 Contatto S.r.l. Archimedica Edizioni

Responsabile Legale:  
**Cosma Antonia Tullo**

Direttore Responsabile:  
**Domenico Salvago**

Addetto stampa nazionale SNAMI:  
**Salvatore Cauchi**

Progetto grafico:  
**Contatto srl**

Grafica e impaginazione:  
**Alessio Milazzo**

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

<b>Editoriale - Dott. Angelo Testa</b> La guerra si vince se si è uniti e organizzati	Pag. 3
Quando tutta l'Italia è paese!	Pag. 4
Lettera alla politica sarda. Un tavolo subito per evitare la paralisi della sanità sarda!	Pag. 5-7
Perché l'infermiere di famiglia nell'ACN della M.G.?	Pag. 8-9
Grande attenzione alla continuità assistenziale	Pag. 10
Abbiamo detto	Pag. 11
Allerta più che massima e ripresa dei servizi specialistici	Pag. 12
Per controllare la catastrofe in atto non facciamo andare i medici sott'acqua!	Pag. 13
Abbiamo visto medici...	Pag. 14
I "consiglieri di professione" e l'inapplicabilità del decreto Cura Italia	Pag. 15
Covid tragedia epocale	Pag. 16
Basta con la strage di medici. Così non si può lavorare	Pag. 16
Abbiamo combattuto e stiamo combattendo una guerra spesso in completa solitudine	Pag. 17
L'asintomatico può essere contagioso? "Assolutamente sì, senza se e senza ma"	Pag. 18
SNAMI, "Dubbi su cause del contagio dei medici? si dimetta chi sostiene il contrario"	Pag. 19
Governo impreparato, Roberto Speranza si dimetta!	Pag. 19
Bomba atomica e ricostruzione!	Pag. 20-22
I have a dream	Pag. 23-25
Dipendenti dei pazienti o dipendenti delle aziende sanitarie in un sistema sanitario incrociato	Pag. 26
Formazione e precariato	Pag. 27-29
Nascono le Unità Speciali in pandemia	Pag. 30-31
Il cambiamento del 118 "ostacolato dalle forze ospedalocentriche"	Pag. 32-34
Abbiamo detto dei tamponi eseguiti negli studi dei Medici di Famiglia	Pag. 34-37



EDITORIALE - DOTT. ANGELO TESTA

## LA GUERRA SI VINCE SE SI È UNITI E ORGANIZZATI

Arriviamo a Congresso dopo un anno difficile, stremati da una primavera che ci ha posto di fronte a situazioni e sfide inedite e che sinceramente non avremmo mai pensato di dover affrontare.

La pandemia da una parte ha messo in risalto l'inadeguatezza del territorio nel poter affrontare una epidemia a "mani nude", e mai un modo di dire si è rivelato così calzante, e dall'altro ha dimostrato quanto il territorio fosse così centrale ed importante e necessitasse di importanti investimenti che negli anni sono stati sempre dirottati verso l'ospedale.

Andiamo verso un autunno-inverno che metterà a dura prova il sistema sanitario nazionale, gli operatori ed i cittadini, ma sono convinto che ne usciremo più forti di prima, coscienti del nostro valore e della nostra centralità.

Mai come in questo momento dobbiamo stare uniti e non fare salti nel buio. Lo dobbiamo a noi stessi, alle nostre famiglie ed ai nostri pazienti.

I nostri nonni hanno combattuto delle guerre, questa è la nostra! La guerra si vince se si è uniti ed organizzati.

Un abbraccio a tutti ed in particolare alle famiglie dei nostri caduti.

**Dott. Angelo Testa**  
Presidente Nazionale SNAMI



## QUANDO TUTTA L'ITALIA È PAESE!

Pubblico questa lettera per intero perché riassume delle problematiche del post emergenza Covid, che ho avuto modo, sentiti i presidenti regionali, di **riscontrare in quasi tutte le regioni** seppur con alcune differenze.

### I comuni denominatori:

- 1) Tendenza a dare le **colpe ai Medici** delle disfunzioni nella assistenza sanitaria territoriale.
- 2) **Scarsissima propensione al confronto** attraverso un tavolo istituzionale permanente.
- 3) **Chiusura delle prenotazioni** per le prestazioni differite e programmate.
- 4) I **“consigli”** ai pazienti da parte degli operatori cup ma anche di qualche specialista a ritornare dal curante per variare la priorità in urgente o breve.
- 5) La **discrepanza** tra il pubblico paralizzato e semichiuso e il privato che viceversa si è subito organizzato.
- 6) La **distorsione del Medico dipendente pubblico** che ha grandi difficoltà a visitare nel pubblico ma viceversa grande facilità, cambiando casacca, ad erogare velocemente quella prestazione in intra moenia o in una struttura privata.
- 7) Gli **specialisti** che con la scusa del Covid e post Covid prescrivono meno di prima direttamente gli ulteriori accertamenti diagnostici.
- 8) La scarsa programmazione della **campagna vaccinale** antiinfluenzale e antipneumococcica.



## LETTERA ALLA POLITICA SARDA

# UN TAVOLO SUBITO PER EVITARE LA PARALISI DELLA SANITÀ SARDA!

Lo SNAMI Sardegna si è rivolto alla parte pubblica della Sanità Sarda con un invito alla riflessione comune per fare il punto sulla attuale situazione e proporre **soluzioni "concrete e immediate"**. <Come organizzazione sindacale e come Medici che operano nel territorio> dice **Domenico Salvago**, **Presidente regionale di SNAMI Sardegna e Presidente provinciale del Sulcis Iglesiente**, <siamo molto preoccupati per la Sanità della nostra Regione e crediamo sia utile proporre la nostra collaborazione per un **lavoro comune** da subito prima



che si arrivi ad un **punto di non ritorno**. Le interlocuzioni e contatti personali ed informali che spesso sono dispersivi devono lasciare il posto all'**apertura di un tavolo istituzionale** perché oggettivamente la "porta è semiaperta e parte dei buoi sono scappati." <Vi chiediamo, se credete sia utile, l'**istituzione di un tavolo regionale permanente convocato frequentemente on line compreso il periodo estivo.**> <Perché il **comitato regionale della medicina generale** come tavolo istituzionale? Perché il territorio va costantemente monitorato e potrete avere dalla Medicina Generale che opera 24 ore su 24 nel territorio il reale andamento di come vanno le cose perché è probabile non vi arrivi la fotografia della reale condizioni della Sanità sarda che oggettivamente non va bene, sicuramente peggio del quadro che vi può essere pervenuto> aggiunge **Edoardo De Pau**, **Presidente provinciale di SNAMI Cagliari**. <Consigliamo come succede in altre regioni

di recepire tutte le prenotazioni per le prestazioni differite e programmate per evitare che gli addetti dei CUP "consiglino" il paziente di ritornare dal Medico per inserire la priorità breve o addirittura urgente. Ciò comporta una penosa contrapposizione con i pazienti.> <I Medici di Medicina Generale sono "**stati avvisati e ammoniti**"> dice **Lucia Disi**, **Presidente provinciale di SNAMI Nuoro**, <che ogni commissione ASSL verificherà la congruità nell'uso della priorità che verranno indicate nelle richieste, priorità che di fatto era-





no saltate i mesi scorsi per permettere l'effettuazione di qualche prestazione.> <Verifichiamo insieme> chiede **Stefano Fenu**, **Presidente provinciale di SNA-MI Gallura**, <se e come questa situazione di stallo abbia **giovato alla intra moenia ed al privato** in maniera distorta in un mix di interesse diretto al mantenimento di uno status quo della situazione e scarsa propensione al lavoro di qualche operatore. Oltre a ciò la concessione di una prestazione ad un residente al sud Sardegna, magari anziano, a Sassari o viceversa **equivale a negargliela**.> <È possibile abbiate notizie dalle ASSL di come tutto proceda nel senso della ripresa anche se con lentezza, ma potrebbe non essere così, allora potremmo dirvi noi dalle periferie di tutta la Sardegna come procede la cosiddetta "ripresa">

sottolinea **Felice Musa**, **Presidente provinciale di SNAMI Medio Campidano**. <Potrete sapere nel corso di ogni comitato regionale in diretta se la ripresa delle attività corrisponde al vero per una Vostra valutazione di come realmente **si stia riavviando, oppure non si stia riavviando, la Sanità Sarda**.> <Non abbiamo volutamente risposto, nonostante le giuste pressioni dei nostri iscritti e la **completa infondatezza delle accuse gratuite**, a chi ha cercato di dare le colpe alla Medicina Generale delle inefficienze della Sanità Sarda> dice **Aldo Rizzetto**, **Presidente provinciale di SNAMI Oristano**, <per grande senso di responsabilità di evitare conflitti nel momento critico della pandemia. **Chi vedeva la pagliuzza... ignorava la trave! La Medicina Generale è l'unico comparto che non ha mai smes-**

*so di lavorare e si sta facendo carico di una serie anche di incombenze burocratiche e assistenziale che non le competono.* Visitiamo prevalentemente per appuntamento come previsto nell'ACN e le nostre giornate ormai con conosco più soste. Potremmo verificare insieme come buona parte della **Medicina Specialistica sia ritornata alle pessime abitudini di non prescrivere direttamente esami e prestazioni di approfondimento rimandando i pazienti dal curante.** Il tutto nonostante le norme consolidate indicano il contrario, in una sorta di **immunità protetta**.> <Tutte le cronicità che seguiamo direttamente> puntualizza **Michele Muntoni**, **Presidente provinciale di SNA-MI Ogliastra**, <come le malattie cardiologiche e l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, le malattie metaboliche, le dislipidemie, l'obesità, il sovrappeso e i disturbi alimentari, le malattie oncologiche, la BPCO, l'osteoporosi, le malattie gastro intestinali, le malattie psichiatriche, il marasma senile compresa la gestione del fine vita e delle terapie antalgiche e tante altre **necessitano anche di consulenze specialistiche, esami ematochimici e strumentali.** Come dobbiamo fare noi e come fanno e faran-

no i pazienti se è praticamente impossibile prenotare? **Oppure dobbiamo farci travolgere dalla pandemia delle malattie croniche**, prossima futura? Come faremo quando il privato convenzionato non avrà più budget? E tutta la **prevenzione** che non viene fatta e non si sa se verrà fatta? Sapete meglio di noi che i più sono senza mezzi economici, parte di loro si sta dissanguando e buona parte sta rinunciando alle cure.> <Se non si pone rimedio subito> conclude **Domenico Salvago**, <è probabile che in autunno ci saranno più problemi per questioni climatiche, per maggior stazionamento delle persone nei luoghi chiusi, per la ripresa delle attività scolastiche, l'intensificarsi delle attività lavorative ed una **possibile recrudescenza del virus; quanto è oggi in precario equilibrio potrebbe crollare definitivamente**. A questo proposito aggiungiamo che formalmente per iscritto e nel corso di 2 comitati regio-

nali abbiamo sollecitato la **programmazione di una campagna vaccinale antiinfluenzale e antipneumococcica straordinaria** della popolazione, quasi a tappeto, alla stregua di altre Regioni, perché viceversa avremmo una commistione di malattie con sintomi simili al Covid-19 con inevitabile intasamento dei pronto soccorso e dei reparti ospedalieri. Andranno prioritariamente vaccinati tutti gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie che operano a contatto con i pazienti e gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza e andrà fortemente raccomandata nei confronti di tutto il personale sanitario, scolastico ed agli addetti ai servizi pubblici. Le vaccinazioni andranno effettuate da subito dopo l'estate e andranno trovati **finanziamenti aggiuntivi** rispetto a quelli degli anni precedenti in cui non c'era il Coronavirus. Abbiamo **difficoltà a credere** a quanto più volte ha sostenuto



pubblicamente la parte pubblica, cioè che la Medicina Generale effettuerà il numero dei vaccini standard come consuetudine e che l'Igiene Pubblica farà tutti gli altri, che dovrebbero essere tanti.> **<Aspettiamo una Vostra chiamata>** ribadiscono all'unisono i dirigenti sardi dello SNA-MI, **<è necessario sappiate da chi lavora sul campo di quanto stiano andando male le cose e che solo con il confronto con i Medici, anche se con difficoltà, si potranno porre in essere i dovuti aggiustamenti!>**





## PERCHÉ L'INFERMIERE DI FAMIGLIA NELL'ACN DELLA M.G.?

È il segreto di Pulcinella che gli infermieri stiano per entrare nel territorio per trovare nuovi spazi professionali. Interessano alla politica, sono molti e ben rappresentati in parlamento. Alcuni sindacati e società scientifiche li vogliono a tutti i costi avendolo dichiarato pubblicamente e come dimostrano gli interventi dei loro rappresentanti ai loro congressi e viceversa. Lo stesso vale per una larga componente politica. Un esempio per tutti il discorso da parte di Venturi, assessore alla Salute dell'Emilia Romagna (...con i soldi per un Medico mi pago 2 infermieri...)



**Gli infermieri vogliono la convenzione nel territorio come il MMG.**

Da art. QS del 13 luglio 2020:  
*...possibilità di agire come soggetto in convenzione...*

*...il ruolo di servizio pubblico (come del resto è sempre stato per il Medico di Medicina Generale libero professionista convenzionato) a cui non sono mancate continuità e garanzia occupazionale...*

*...Quindi è cruciale offrire un nuovo Servizio sanitario ri-orientato alle attività di promozione della salute e di prevenzione, con risorse vere, non solo il 4% della spesa sanitaria complessiva (Meridiano Sanità 2018): un ri-orientamento degli ambiti di esercizio delle professioni e una diversa ripartizione delle risorse umane e strumentali rispetto a quelle attuali...*

**Gli infermieri vogliono strutture in cui non sia necessariamente il Medico al centro del sistema.**

Da art. QS del 13 luglio 2020:



*...ad esempio, innovative strutture di salute di comunità multidisciplinari, che vadano anche oltre alla centralità della professione medica come primo elemento di contatto con i cittadini. È accaduto, con successo, in tanti Paesi. Può accadere anche in Italia...*

**Gli infermieri vogliono stare in equipe con il Medico (leggi microteam di qualche sigla sindacale) e dividere con lui il rischio d'impresa.**

Da documento FNOPI:

*...I Cittadini vorrebbero avere un infermiere di fiducia convenzionato come il medico di famiglia perché lavori in sinergia*

*con questo ed entrambi possa-  
no assicurare assistenza h24...  
...I lavori in équipe col medico,  
un infermiere "di famiglia" ac-  
canto e a fianco del medico di  
famiglia... in modo tale da po-  
ter anche dividere con il Mmg il  
rischio di impresa...*

Come Snami ci chiediamo come  
potrà lo Stato assumere quelli  
che servono in ospedale e ave-  
re tanti infermieri di famiglia nel  
territorio se **oggi c'è penuria di  
infermieri principalmente per-  
ché non ci sono soldi?** Come li  
pagherà?

Il pericolo è che **si tolgano in-  
combenze e relativi soldi ai  
Medici per darle agli infermieri  
come le prestazioni di maggior**

**impegno professionale, l'as-  
sistenza domiciliare program-  
mata e l'assistenza domiciliare  
integrata di primo livello la-  
sciando le altre più complesse  
ai Medici.**

Ulteriore problematica potreb-  
be essere un vincolo nell'An-  
**perché negli AIR vi sia l'infer-  
miere di famiglia.** In questo  
caso buona parte di ciò che  
oggi percepiamo con i contrat-  
ti regionali integrativi verrebbe  
tolto a noi e dato agli infermieri  
con conseguente riduzione del  
nostro attuale stipendio di non  
meno del 20%.

Per lo Snami **l'infermiere di fa-  
miglia non c'entra niente con  
l'ACN della M.G. a meno che  
non si voglia andare a parare**

sui versanti sopradescritti con  
notevoli danni ai Medici di Me-  
dicina generale.

È una figura che può lavorare  
nel territorio alla stregua di tan-  
te altre professionalità mediche  
e non.

**Da chi vuole diversamente an-  
dranno prese le distanze pub-  
bliche evidenziandone le gravi  
responsabilità.**



## CRONICITÀ

### PREMESSA

Il Medico di M.G. deve farsi ca-  
rico della cronicità attraverso  
percorsi differenti dagli attuali,  
inviare allo specialista i casi più  
problematici e gestire diretta-  
mente come malattia, preven-  
zione del rischio secondario e  
iniziative di comunicazione che  
intendono promuovere l'ado-  
zione di sani stili di vita per:

- diabete non  
insulino-dipendente;
- malattia metabolica;
- dislipidemie;

- obesità, sovrappeso  
e disturbi alimentari;
- ipertensione;
- BPCO;
- artrosi;
- osteoporosi;
- malattie gastro intestinali;
- ansia e depressione non grave;
- marasma senile compresa  
la gestione del fine vita e  
delle terapie antalgiche.

### Come?

- Formazione** su tutte le tema-  
tiche con maggior specia-  
lizzazione di una branca per  
Medico in seno all'Aft;
- elaborazione e condivisione  
di protocolli;**
- ambulatorio dedicato.**

I rapporti con lo Specialista de-  
vono avvenire attraverso una  
**consulenza veloce e condivi-  
sione dei dati anche attraverso  
una piattaforma digitale.**

- Consulenza classica per i casi  
problematici.



## GRANDE ATTENZIONE ALLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La continuità assistenziale è un comparto strategico per l'assistenza sanitaria nel territorio. Ha un contratto anomalo e ampiamente scaduto, emolumenti economici irrisori, sedi spesso obsolete e fatiscenti, misure di sicurezza assenti che hanno portato in diverse sedi ad aggressioni, stupri ed omicidi. Pochi e vecchi strumenti tecnologici a disposizione, il più delle volte senza accesso ai dati

dei pazienti ed impossibilità di effettuare prescrizioni dematerializzate. Inoltre è ben noto come un lavoro notturno e svolto in un contesto di precarietà esponga gli operatori ad un rischio maggiore per varie patologie. Nonostante ciò il lavoro della continuità assistenziale non è compreso tra i **lavori usuranti** e c'è il pericolo concreto che lo sfacelo in cui deve vivere e operare il comparto sia il

preludio alla **smobilitazione del comparto** e che magari i **soliti con molte idee** stiano già lavorando per il passaggio della Continuità Assistenziale a qualche cooperativa o servizio integrativo simil privato.





## ABBIAMO DETTO

### **Basta con la decolorata e dematerializzata tarocca.**

Va seguita in tutta Italia l'esperienza del Veneto in cui da ben sei anni esiste una **dematerializzata "vera"** in cui il Medico prescrive, non produce alcun cartaceo ed il paziente si reca in farmacia. Infatti nei terminali di qualsiasi farmacia della regione risulterà la prescrizione stessa.



### **La non reperibilità deve essere un dogma per il M.G.**

Va chiarito definitivamente che per reperibilità sia inteso che i MMG, durante l'emergenza Covid-19, saranno "trovabili" a distanza, anche mediante personale di studio e/o strumenti telematici, nei rispettivi orari di competenza, **giammai attuando la "pronta disponibilità" propria della dipendenza.** Quindi lo SNAMI **stigmatizza la maldestra e pericolosa introduzione del termine "reperibilità" fra i compiti del MMG e sottolinea le gravi responsabilità di chi ha ispirato questa legge.**

### **Stop agli aggravati burocratici spacciati come successo per la categoria.**

Segnaliamo, anche in riferimento alla recente nota 97 Aifa, che va presa la distanza da ogni ulteriore aggravio burocratico, ancorché mascherato ingenuamente da "successo" per la categoria e applaudito da chi evidentemente è "poco avvezzo alla pratica quotidiana dell'ambulatorio della Medicina Generale".





## PANDEMIA DA CORONAVIRUS ALLERTA PIÙ CHE MASSIMA E RIPRESA DEI SERVIZI SPECIALISTICI

È errato parlare di post Covid-19 perchè dobbiamo agire in un contesto di **IN-COVID**. Dobbiamo stare attenti perchè il **virus è ancora presente** e la libera circolazione delle persone, gli assembramenti, il non rispetto delle distanze interpersonali e la non corretta applicazione delle norme igieniche, **possono far riprendere i contagi**. Quindi **massima allerta** e prosecuzione dei comportamenti virtuosi di attenzione nella prosecuzione dell'attività medica sul territorio che deve espletarsi **per appuntamento**. Occorre attivare in tutta Italia una **dematerializzata vera** mandando in pensione definitivamente il cartaceo, va-

lorizzare la **telemedicina, vaccinazione** a tappeto per il pneumococco e il virus influenzale, recupero del tempo perso per le **cure e controlli dei tumori e delle malattie croniche**. Non possiamo permetterci di dover affrontare la **pandemia dei tumori** e quella dell'**aggravamento delle malattie croniche**. Altrettanto urge la **riattivazione degli screening per i tumori** della mammella, del colon-retto e dell'utero. La Medicina Generale è soffocata da una **burocrazia stupida e senza senso** che **sottrae tempo prezioso alla clinica**. C'è necessità di **investimenti pubblici** per il territorio anche nella considerazione che

le regioni che hanno deviato eccessivamente verso il privato sono oggi in notevole difficoltà, carenze che sono emerse ancora di più in corso di pandemia da Covid-19. Lo stesso discorso vale per la sproporzione storica tra territorio ed ospedale che si accentua esponenzialmente. Il sistema deve ripartire e noi **Medici di Medicina Generale non abbiamo mai smesso di curare i nostri assistiti** all'insegna della massima allerta in un **contesto di IN-COVID**, ma soprattutto **urge la ripresa dei servizi specialistici ospedalieri e dei poliambulatori**.





**Dott. Salvatore Santacroce**  
Tesoriere Nazionale SNAMI

## PANDEMIA DA CORONAVIRUS

### PER CONTROLLARE LA CATASTROFE IN ATTO NON FACCIAMO ANDARE I MEDICI SOTT'ACQUA!

Si possono attrezzare bene pochi palombari per immergersi sott'acqua, ma non si può dare tuta, bombole e maschera a tutti i bagnanti della spiaggia. Viceversa se costringiamo tutti quelli della spiaggia ad andare sott'acqua senza equipaggiamento, avremo una inevitabile moria di affogati!

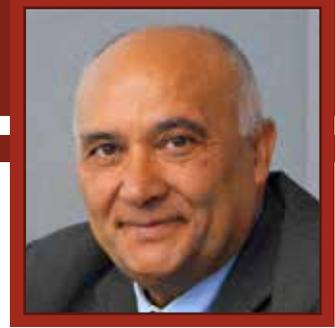
Lo Snamì propone alle istituzioni la strada da seguire in questa fase in cui continuano i contagi e le morti. Dobbiamo arginare le "crocifissioni dei Medici" attraverso mille strategie su tanti fronti, viceversa l'elenco dei tantissimi colleghi deceduti ad oggi è destinato tristemente ad allungarsi. Molti di loro si sono infettati andando a casa di un paziente per cui occorre da subito sviluppare e "istituzionalizzare" la telemedicina ed il teleconsulto. Lo Stato non può fornire dispositivi di protezione personale per tutti e al momento sono sottodimensionati per cui una chan-



ce importante per fermare il virus nel territorio è avere delle squadre speciali a cui affidare una missione speciale: andare a casa dei sospetti, fare il tampone al paziente e familiari, iniziare una terapia, trasferire il paziente in una struttura ospedaliera al bisogno, monitorare i guariti e i dimessi. Queste Unità Speciali, le USCA, al momento operano sul campo solo in alcune realtà regionali ed in altre non sono partite, paradossalmente anche per mancanza di equipaggiamenti di protezione adeguati. Pensiamo che in tante e troppe realtà la parte pubblica non sia stata all'altezza della situazione, tra paure, poca professionalità, scarsa lucidità ed improvvisazione, in cui poco si capisce chi da ordini e indicazioni e chi dovrebbe eseguirli. Una catena di comando in cui c'è discrepanza tra ciò che codificano ordinanze, decreti e circolari e l'applicazione concreta e pratica degli stessi. Quasi la parte pubblica si sia lavata la coscienza nell'emanare e formalizzare indicazioni e lasci perdere la concretezza e fattibilità dei

percorsi. Quando sarà tutto finito andremo a fare i conti con chi ha contribuito ad alimentare e non fermare questa strage di medici. Lo dobbiamo alla memoria di chi ci ha lasciato come obbligo morale ed impegno verso le loro famiglie! <Le squadre speciali nel territorio> concludono i dirigenti Snamì sono le uniche che le Regioni possono dotare di maschere, occhiali, guanti, tute, calzari e vettura dedicata, nell'impossibilità oggettiva, all'oggi, di poter garantire a tutto il personale sanitario e parasanitario una condizione di reale sicurezza.





## PANDEMIA DA CORONAVIRUS

# ABBIAMO VISTO MEDICI...

**Abbiamo visto Medici** che pur di recuperare degli arretrati, che tra l'altro erano dovuti, sono stati in grado di vendere una **"reperibilità"** e con essa una professione perché non è possibile essere reperibili se si lavora, non è possibile essere reperibili se si visita, non è possibile essere reperibili anche con l'aiuto di assistenti di studio che non sono medici e non possono dare consigli medici, anche e non solo per motivi legali. Era sufficiente scrivere **"ampia**

**disponibilità"**, cosa che tra l'altro per coscienza già attuiamo da tempo.

**Abbiamo visto Medici** che hanno deciso poi di poter visitare i loro pazienti tramite delle piattaforme digitali in cui si può colloquiare con il paziente a video, ma non certo visitare. Piattaforme che il MMG deve pagarsi e stranamente qualcuno ne aveva già una pronta.

Lo Snami è un **contraltare nei confronti di chi specula per ottenere un profitto su tematiche**

**legate alla salute, soprattutto in un momento come questo in cui tanti Colleghi e Colleague sono morti svolgendo la loro missione di Medici della persona**, contesto in cui la medicina generale è impegnata in un lavoro straordinario in trincea, spesso **NOI TUTTI "non sufficientemente armati"** e con **"poca protezione nelle retrovie"**.





**Dott. Gennaro Caiffa**  
Vice Presidente Nazionale SNAMI

## PANDEMIA DA CORONAVIRUS

# I “CONSIGLIORI DI PROFESSIONE” E L’INAPPLICABILITÀ DEL DECRETO CURA ITALIA

La **reperibilità** come scritta nella legge non può essere applicata a chi, contemporaneamente, svolge in quel lasso di tempo attività lavorativa. Mentre siamo impegnati a visitare un paziente possiamo rispondere al telefono? Evidentemente NO, così come non lo può fare un chirurgo mentre sta operando in sala operatoria. Al massimo andava indicata, nella legge, una maggiore contattabilità legata all'emergenza da COVID-19, non certamente la reperibilità. Nel decreto legge si parla di piattaforma digitale di cui i medici devono dotarsi con oneri a proprio carico per seguire

i pazienti a distanza, cosa che normalmente noi medici già facciamo con i comuni mezzi telematici gratuiti. Non vi è quindi alcuna necessità di acquistare strumenti telematici da affaristi del momento. Inoltre i modesti **arretrati**, indicati quale “compenso” per la reperibilità, sono già dovuti e non possono certo essere legati a nuove incombenze, addirittura inattuabili. **Da decenni assistiamo e combatiamo il degrado che la Medicina Territoriale sta vivendo. C'è da chiedersi, ed eventualmente indagare, se l'ispirazione verso la politica a mettere nero su bianco, oggi con il decreto,**

**norme anacronistiche e assurde di fatto contro la categoria vengano da lobbies, quali interessi ci siano dietro, e come questi “consigliori di professione”, alla luce di tutti i danni che stanno creando con le loro indicazioni, possano essere dei VERI MEDICI, cosa che è ampiamente smentita dai fatti, oppure dei SEMPLICI LAUREATI IN MEDICINA distanti anni luce da chi lavora sul campo!**

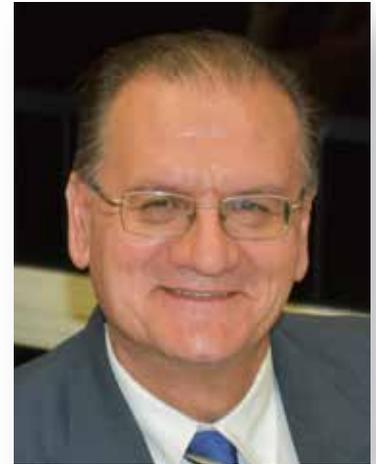


## PANDEMIA DA CORONAVIRUS

# COVID TRAGEDIA EPOCALE

Riportiamo una piccola parte, da febbraio a tutt'oggi, delle nostre prese di posizione durante il periodo clou della pandemia da Coronavirus. Purtroppo il tutto è in continua evoluzione e viviamo nell'incertezza. Come la storia del mondo ci insegna,

alla fine **“la quadra”**, anche se indaginosa e sofferta, **verrà trovata** e la Medicina Generale sarà protagonista del ritorno alla normalità. **Tutto non sarà come prima, come dopo una catastrofe, una guerra e qualsiasi tragedia.**



## PANDEMIA DA CORONAVIRUS

# BASTA CON LA STRAGE DI MEDICI. COSÌ NON SI PUÒ LAVORARE

È un **grido di dolore** quello dello SNAMI, ma sono anche **urla di sdegno e di denuncia** per il numero sempre maggiore di Medici che si stanno ammalando e stanno morendo. La Medicina di Famiglia ha ad oggi il triste primato di avere più caduti sul campo e una moltitudine di Colleghi malati e in quarantena a dimostrazione che il sistema così strutturato non funziona perché i Medici continuano a non essere tutelati perché sprovvisti di protezioni individuali adeguate alle reali necessità. **Il contesto organizzativo, a macchia di leopardo nel territorio nazionale, è carente, imbarazzante e non all'altezza della situazione.**

I dispositivi che hanno fornito ai Medici sono pochi e inadeguati, in alcune regioni e provincie non sono stati distribuiti ed in altre realtà qualche vertice distrettuale e regionale ha avuto l'ardire di dichiarare che non ci devono essere dati perché siamo liberi professionisti. Un altro problema serio è che **la stragrande maggioranza delle persone infettate da Covid-19 è completamente asintomatica, ma rappresenta una formidabile fonte di contagio** per cui in una pandemia in essere dobbiamo considerarci tutti potenzialmente Covid positivi e prendere tutte le precauzioni come se lo fossimo. **Basta con le**

**morti dei Medici nel territorio, basta con questa strage**, la politica e le istituzioni **sentano i medici** che lavorano sul campo perché la gestione di questa tragedia risulti meno superficiale.





**Dott. Sergio Ghezzi**  
Responsabile Nazionale Scuola Quadri

## PANDEMIA DA CORONAVIRUS

# ABBIAMO COMBATTUTO E STIAMO COMBATTENDO UNA GUERRA SPESSO IN COMPLETA SOLITUDINE

La “**disorganizzazione organizzata**” testimonia una situazione estrema i cui lottiamo quotidianamente in emergenza sui territori, in grande solitudine, e che dovrebbe far riflettere tutti, ad iniziare dalla politica e dalle istituzioni locali. È chiaro che **non si possano affrontare pandemie come questa solo con la volontà e l’abnegazione dei medici e del personale sanitario**. Una situazione vergognosa in cui **interi territori lottano con “nulla**

**in mano”** in una missione spesso impossibile, morale e professionale. Serve una vera presa di coscienza da parte delle istituzioni che **devono deliberare maggiori risorse e coinvolgere maggiormente i Medici nelle decisioni importanti**, spesso di pratica quotidiana, che solo gli addetti ai lavori possono elaborare e poi attuare. In questo momento, in cui servono medici con mansioni specifiche, ci sono oltre duemila medici vincitori di

concorso per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) che **non possono dare il proprio contributo alla nostra sanità** e continuare a rimandare il corso relativo al triennio 2019-2022 aggraverebbe tale carenza. **Vi è necessità di infondere nuova linfa vitale alla Medicina Generale!**



## PANDEMIA DA CORONAVIRUS

# L'ASINTOMATICO PUÒ ESSERE CONTAGIOSO? "ASSOLUTAMENTE SÌ, SENZA SE E SENZA MA"

Il sindacato autonomo è intervenuto riguardo alle dichiarazioni dell'assessore lombardo alla Sanità **Giulio Gallera** che ha affermato e ribadito in diretta televisiva nazionale che i **Cittadini asintomatici non sono contagiosi. Tale irresponsabile comunicazione** ha rischiato di indurre chi sta bene a prendere alla leggera il dovere di restare in casa per limitare il contagio. Infatti la **percentuale delle persone infette, anche se asintomatiche, nella popolazione è altissima e rappresenta la maggioranza dei casi e soprattutto l'isolamento degli asintomatici è essenziale per riuscire a controllare la diffusione del virus e la gravità della malattia. Quindi**

la parte importante della battaglia contro il virus è **l'isolamento sociale** quando serve, **mantenere le distanze, la protezione con i DPI**, perchè è facile contrarre un'infezione asintomatica continuando a veicolare l'infezione. È inoltre fondamentale e quindi raccomandabile **l'utilizzo, da parte di tutta la popolazione, della mascherina chirurgica** quando si esce da casa e non si staziona in spazi aperti e **mantenere le distanze**. Abbiamo chiesto all'assessore Gallera di chiedere scusa immediatamente, ma soprattutto ripresentarsi nella trasmissione televisiva di Rai 3 di Bianca Berlinguer e rettificare pubblicamente dicendo di esser-

si sbagliato ribadendo a gran voce: **L'ASINTOMATICO PUÒ ESSERE CONTAGIOSO? ASSOLUTAMENTE SÌ, SENZA SE E SENZA MA.**

**Ovviamente, ampiamente prevedibile, ciò non è successo.**



## PANDEMIA DA CORONAVIRUS

# SNAMI, “DUBBI SU CAUSE DEL CONTAGIO DEI MEDICI? SI DIMETTA CHI SOSTIENE IL CONTARIO”

Lo Snam ha condannato senza mezzi termini le esternazioni di chi ha affermato che **bisognerebbe effettuare ulteriori verifiche sui medici affetti da Coronavirus, così da accertare se siano positivi per ragioni di lavoro o per altre cause.** Per noi considerazioni del tutto inopportune e non degne delle istituzioni nazionali ed è intollerabile che in un periodo come quello che stiamo vivendo ci si-

ano dubbi, esposti in pubblico, sull'operato dei nostri medici e di tutti gli operatori sanitari. Non accettiamo che la professionalità di chi lavora sul campo a stretto contatto con la morte venga messa in dubbio dall'Iss e dalla protezione civile. Esigiamo, subito, delle scuse ufficiali, abbiamo scritto. **Ovviamente non sono arrivate.**



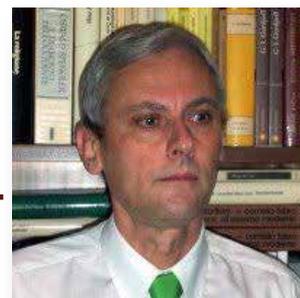
## PANDEMIA DA CORONAVIRUS

# GOVERNO IMPREPARATO, ROBERTO SPERANZA SI DIMETTA!

Roma, 23 febbraio 2020 Troppi ritardi e soluzioni improvvisate, il **Ministro della Salute Roberto Speranza** dovrebbe dimettersi. In regioni come **Lombardia, Veneto e Piemonte**, dove la diffusione del Coronavirus sta crescendo ora dopo ora, il **governo non è riuscito a predisporre un efficace sistema di prevenzione e tentenna nel proseguo quotidiano.** La no-

tizia del primo contagio risale a diversi giorni fa e si doveva fare di più per prevenire la diffusione. Come Snami avevamo già **allertato la politica su come fossero fondamentali i presidi sanitari sul territorio, soprattutto le dotazioni tecnologiche per gli operatori, lasciati da soli a fronteggiare un'emergenza che rischia di diventare ancora più seria. Ci mandano a com-**

**battere la guerra con le scarpe di cartone.** Abbiamo consigliato di utilizzare da subito parte dei 235 milioni di euro stanziati per le dotazioni tecnologiche per gli studi dei Medici di Famiglia per acquistare presidi di tutela per la Medicina Generale in questa emergenza sanitaria nazionale e mondiale che si sta espandendo a macchia d'olio.



*Questo avevamo scritto a Gennaio in periodo pre-Covid.  
Continua ad essere attuale con le dovute integrazioni per una sanità futura che dovrà sempre tener conto degli inevitabili strascichi della pandemia in atto.*

## LE PRIORITÀ DELLO SNAMI PER LA SANITÀ NEL 2020

# "BOMBA ATOMICA E RICOSTRUZIONE!"

Provocatorio il sindacato autonomo, che alla domanda: **"Nel 2020 sono molteplici le sfide che attendono la sanità italiana, quali sono le vostre 3 priorità"**, risponde secco: **"BOMBA ATOMICA E RICOSTRUZIONE"**.

<Non è una provocazione> dice **Angelo Testa**, presidente nazionale dello Snamì, <ma la amara considerazione che se non spazziamo via radicalmente vecchie abitudini e costruiamo qualcosa di serio la **sanità pubblica verrà ingoiata dal privato incombente** con buona pace di chi l'ha difesa negli anni e verrà consegnata su un piatto d'argento a chi, *definanziandola all'infinito e non programmando, l'ha di fatto "suicidata"*!

Per noi dello Snamì, attraverso **le adeguate dotazioni finanziarie e di organico per tutta la Medicina territoriale del SSN, "post bomba atomica"**, priorità assoluta, le **3 priorità relative** sono:



- 1) non snaturare la professione del Medico di Medicina Generale affibbiandogli mansioni che non gli competono;**
- 2) risolvere i problemi di burocrazia e liste d'attesa;**
- 3) programmazione e formazione dei Medici del comparto.**

Il Medico di Medicina Generale, primo contatto fra il Cittadino ed il Sistema Sanitario, **deve essere messo nelle condizioni ottimali per svolgere il proprio ruolo** nell'affrontare i problemi

sanitari del Cittadino e risolverli in studio (o a domicilio!) personalmente nel 75-80% dei casi, senza coinvolgere altre figure professionali. Affibbiargli nuovi ruoli ed improbabili compiti di diagnostica di primo livello significherebbe allontanarlo dal suo ruolo fondamentale, distogliendolo dall'azione clinica per la quale è preparato e **mettendolo nelle condizioni di lavorare male**, creando nel contempo **illusorie aspettative nel Cittadino**. Un Medico di Famiglia **sgravato dalla soffocante burocrazia cartacea ed infor-**

**matica**, quella inutile, stupida e farraginoso, lavorerebbe molto meglio nel suo campo d'azione naturale, ovvero diagnosi e terapia, evitando ove possibile il ricorso a strutture esterne e riducendo così le liste d'attesa. Il 2020 potrebbe essere l'anno decisivo in cui mettere in uso un **applicativo informatico di interconnessione tra tutti gli operatori della Sanità** previo collaudo sul campo da parte di Medici esperti nel settore e recependo (invece di ignorarle) le loro osservazioni. Inoltre la **gestione delle cronicità**, competenza nella quale il Medico di Medicina Generale può dare il meglio di sé, va elaborata assieme ai rappresentanti dei Medici del Territorio e **non imposta dall'alto con delibere che non favoriscono di certo l'adesione dei Medici** stessi. Se il governo non prevede risorse idonee, continua il leader dello Snamì, a cascata le falle si apriranno nelle Regioni e nei territori, a peggiorare la situazione attuale in cui ci sono già aree geografiche, soprattutto nel nord Italia, dove è quasi impossibile trovare un medico, con ripercussione negativa sulle categorie sociali più esposte, a cominciare dagli anziani, che non sempre sono nelle condizioni di spostarsi per raggiungere i centri più vicini. La **programmazione** deve riguardare **sia le risorse finanzia-**

**rie sia le dotazioni di organico**, per assicurare i livelli essenziali di assistenza, così anche salvaguardando la figura del medico da quello che riteniamo un attacco di altre professionalità come gli infermieri e gli psicologi di famiglia.

<La medicina territoriale e quella ospedaliera necessitano di un **numero adeguato di medici formati**> dice **Simona Autunali**, **vicesegretario nazionale e responsabile dei Giovani in formazione e Medici precari Snamì** <come abbiamo in questi anni denunciato ripetutamente. Cambiano i governi ma la programmazione universitaria, specialistica e lavorativa rimane scellerata e non adeguata ai bisogni di salute della popolazione. È ormai indispensabile rivedere il piano di studi

e il numero programmato della facoltà di medicina e chirurgia e delle specialità, perchè **non si tratta "solo" di rendere precaria la classe Medica del presente ma si compromette il diritto alla salute pubblica del futuro**. La mancata programmazione porta alla carenza cronica ed irreparabile di operatori sanitari, ma anche alla **fuga dei nostri giovani Medici verso l'estero** per impossibilità di completare il loro percorso formativo, ed anche prendere le distanze da un lavoro **non più appetibile sotto l'aspetto economico**. Uno sguardo particolare deve essere dato all'**inquadramento fiscale dei colleghi di continuità assistenziale**, che seppur lavoratori autonomi si vedono decurtare dai propri stipendi delle **trattenute da "lavoratori dipendenti"**, senza





però poter usufruire di malattia, tredicesima, ferie e tfr. Inoltre la legge di stabilità penalizza i regimi fiscali forfettari. **L'insicurezza delle sedi di continuità assistenziale e dei Medici che vi operano**, la scarsa e mala organizzazione del servizio di **emergenza sanitaria territoriale** con territori vasti e ostili provvisti spesso di una sola ambulanza medicalizzata, senza un intervento risanatorio, sono il preludio alla **estinzione dei servizi sanitari territoriali**. <Allora> conclude **Angelo Testa**, <per un ripensamento in chiave moder-

**na della governance del Ssn**, per garantire la sostenibilità del sistema a lungo termine, in un contesto in cui c'è il problema dell'invecchiamento della popolazione, dove è evidente la disparità di servizi e condizioni di salute tra le regioni del Nord e quelle del Sud e va considerato l'accesso alle innovazioni, **facciamo "esplodere l'atomica" sull'attuale cristallizzazione del sistema sanitario nazionale** e iniziamo dalle priorità che abbiamo indicato. Se poi su **questi temi e quelli concreti e pratici del nostro pensiero Snamì**, sui

pronto soccorso da rinforzare, sulla prevenzione medica, sulla rimodulazione dei ticket, sul rispetto delle classi di priorità nelle prescrizioni e su **come allontanare gli asini e certa politica dalla sanità pubblica**, il **Ministro Speranza**, da addetti ai lavori e secondo sindacato della convenzionata, vuole sentirci, siamo disponibili. Al momento, stranamente, ha sentito tutti e non vuole parlare con Noi.

**Solo Lui, probabilmente, sa il perchè!>**





**Dott.ssa Simona Autunnali**  
Vice Segretario Nazionale SNAMI

## I HAVE A DREAM

È il 28 agosto 1963 e Martin Luther King tiene il suo più famoso discorso “I have a dream”: un grido di speranza che dopo quasi 60 anni resta di un’attualità sconcertante. Oggi “I have a dream” lo può gridare una intera generazione di medici che hanno atteso l’inizio del Corso di Formazione Specifico in Medicina Generale per il triennio 2019-2022, o tutti quei colleghi del secondo e terzo anno che hanno rimodulato la formazione prevista per essere in prima linea durante la pandemia COVID-19. I have a dream, potrebbero esclamare, vogliamo formarci! Per conoscere a fondo i temi bisogna partire dalla storia. Ed allora partiamo dagli inizi: il Corso di formazione specifica in Medicina Generale in Italia viene istituito con il decreto Interministeriale del 10 ottobre 1988 per attuazione della direttiva comunitaria 457 del 1986. Successivamente nel 1990 cambia denominazione diventando “Corso di formazione biennale specifica in Medicina Generale” ed ulteriormente modificato ed integrato con l’entrata in vigore dei provvedimenti legislativi

368 del 1999 e 277 del 2003. E dal 2003 ad oggi? Nessuna nuova modifica o aggiunta. Eppure, mai come in questo ultimo decennio ci si è ritrovati di fronte sia a evoluzioni e rivoluzioni tecnologiche che si sono integrate con il nostro lavoro quotidiano e con la società, sia alla prospettiva di massivi pensionamenti e carenze in ogni settore della medicina.

Recentemente sono state necessarie manovre come il DL 135/2018 per garantire la copertura sanitaria ospedaliera e territoriale agevolando un rapido turnover. Quest’ultimo, noto come DL Semplificazione,

permette agli specializzandi agli ultimi anni di poter stipulare contratti da dirigente medico e ai corsisti in medicina generale di poter assumere incarichi convenzionati, sin dal primo anno, in EST, CA e AP con le limitazioni relative. Tutto l’impianto si è reso necessario non per una precipua motivazione formativa, bensì per una reale carenza di personale in ogni ambito della medicina, tant’è che è stata predisposta solamente per un triennio, ovvero fino al 2021. Appare quindi evidente come le necessità di raggiungere per questo medici una formazione piena e rigorosa vengano su-



perate dalle necessità di copertura delle carenze di personale in pensionamento. La norma è transitoria, la formazione invece è perpetua nella vita lavorativa di un medico, per questo è necessario che venga in ogni caso valorizzata.

Per quanto riguarda la formazione della futura classe di medici di Medicina Generale, alcune regioni hanno già modificato il piano formativo introducendo positivi cambiamenti che molti giovani medici hanno apprezzato. Ma permangono troppe, eccessive differenze tra regioni ed intra-regione.

In effetti, per le scuole di specializzazione vi è una fase di accreditamento che prova a rendere più armonica l'istruzione dei nuovi specialisti in tutta Italia secondo criteri nazionali, l'introduzione dei medesimi meccanismi anche per le scuole regionali di formazione in medicina generale potrebbe essere una valida soluzione in grado di ridurre le differenze di formazione regionali e donare uniformità. Ciò determina una differenza qualitativa tra i futuri medici di famiglia. Io immagino un corso con una formazione unica ed univoca, al passo con le moderne tecnologie ed innovazioni e che resti legato al territorio attraverso un contatto diretto con i pazienti, non all'interno di aule univer-

sitarie distanti dalla real-life. È possibile che un corsista debba svolgere il proprio tirocinio per metà del tempo in ospedale se poi l'attività espletata sarà prettamente sul territorio?! Attualmente è così, sarebbe pertanto necessario ristrutturare l'architettura organizzativa del corso valorizzando la formazione sul territorio dando maggior importanza ai tirocini e tutoraggi negli ambulatori distrettuali, nei servizi territoriali, ma anche in ambulanza, affiancati ai medici dell'emergenza, così come nelle carceri e servizi penitenziari e, ovviamente, accanto a medici di continuità assistenziale e medici di assistenza primaria. Per quest'ultimo tirocinio sarebbe auspicabile una turnazione presso ogni setting dell'assistenza primaria (Medicina di associazione e studio medico singolo,

medicina di medici di assistenza primaria, quello in associazione e quello singolo, quello di paese e quello di città, in modo da poter apprezzare le differenze logistiche e professionali tipiche delle realtà frammentate e variegate del nostro territorio. Quindi un corso meno ospedalocentrico e più dislocato nel set reale della medicina generale. Così si raggiungerebbe una formazione completa e ampia, una sorta di tronco comune dell'assistenza sanitaria territoriale. Di fatto, molte di queste idee sono state già abbozzate durante l'emergenza COVID-19. La maggior parte dei corsisti sono stati rimossi dall'ospedale ed ubicati nei servizi territoriali o nella attività lavorativa. Di fatto sono state mostrate le crepe della formazione mediante il famoso tirocinio osservazionale. Senza



considerare la grande ingiustizia commessa, causa pandemia, ai danni dei vincitori di concorso del triennio 19/22. Corsisti a cui sono state precluse tante opportunità, in primis quella di iniziare la formazione secondo i termini stabiliti dalle normative ed infine costretti, da medici già incaricati, a dimettersi anche un mese prima dell'inizio delle attività formative, previste per il 15 marzo e, a poche ore dalla data, lasciati a casa senza formazione e lavoro.

Da qui si apre un grande capitolo oggetto di discussione sindacale e governativo.

Si può ancora sostenere che un medico che abbia terminato il corso sia un diplomato e non uno specialista in medicina di famiglia al pari di quanto avviene per la maggior parte dei paesi europei? Riteniamo che mettersi stelline sul petto sia un eserci-



zio superfluo di vanità pertanto non deve essere questa la molla che dovrebbe spingerci alla specializzazione.

Allo stesso modo crediamo che l'università non debba entrare, se non in piccola parte nell'attività teorica, all'interno del CFSMG. Gli specialisti nei seminari sarebbero un vero valore aggiunto al percorso didattico solo se affiancati da un MMG. Questa rivoluzione permetterebbe un salto qualitativo formativo ma solo se il corso rimanesse di esclusiva pertinenza territoriale.

Basta questa motivazione per diventare specialisti? No.

Per noi la spinta più grande deriverebbe dall'insegnamento universitario. Dovremmo diventare specialisti per poter insegnare la medicina generale alle nuove generazioni. Quanti di noi non sapevano cosa fosse un ACN prima di entrare nel corso?! Nessuno, perchè l'università ti insegna come disegnare l'acetil-coenzima A, ma poi si dimentica dell'esistenza del medico di famiglia, di continuità assistenziale, dell'emergenza sanitaria e di quello della penitenziaria.

"I have a dream" diceva appunto Martin Luther King, e oggi lo diciamo anche noi.

**È ormai indispensabile una revisione della Legge 368 che**



**abolisca le differenze formative tra le regioni, che sia al passo con i tempi e con le nuove tecnologie, che metta al centro la salute dei pazienti e la futura attività dei medici di medicina generale, che equipari le borse dei corsisti a quelle degli specialisti e che dia alle nuove generazioni la possibilità di poter sognare di essere i medici di famiglia del domani già dal primo anno universitario.**

**Dott. Federico Di Renzo**

*Medico in Formazione CFMGM Molise, Campobasso  
Vicecoordinatore Giovani Medici in Formazione e Precari*

**Dott.ssa Simona M. Autunnali**

*Medico di Medicina Generale  
Responsabile Nazionale Giovani Medici in Formazione e Precari*

**Dott. Matteo Picerna**

*Medico di Medicina Generale - Trieste  
Vice Coordinatore Nazionale  
Giovani Medici in Formazione e Precari*



## DIPENDENTI DEI PAZIENTI O DIPENDENTI DELLE AZIENDE SANITARIE IN UN SISTEMA SANITARIO INCEROTTATO

La pandemia di Covid-19 ha ri-  
acceso la **discussione sulla di-  
pendenza dei medici di medici-  
na generale** tanto da diventare  
oggetto di scontro fra i vari sin-  
dacati di categoria presenti sul  
territorio nazionale.

Se da un lato una parte della  
politica, dopo alcuni mesi di  
confusione causati dalla ge-  
stione emergenziale della pan-  
demia, potrebbe vedere nella  
dipendenza dei medici il modo  
per gestire al meglio una parte  
fondamentale della medicina  
del territorio, dall'altro i sinda-  
cati di categoria rivendicano il  
rinnovamento della medicina

del territorio, ribadendo l'inef-  
ficacia dell'introduzione dello  
status contrattuale, e ponen-  
do l'accento **sulla necessità  
dell'impegno di risorse econo-  
miche e di personale.**

Durante gli scorsi mesi è emer-  
sa la **fragilità di un sistema** che  
da anni segnaliamo come **sot-  
todimensionato e in continua  
smobilitazione** anche perchè  
molti medici hanno scelto il  
prepensionamento essendo in  
molte zone d'Italia ormai mol-  
to difficile sopportare i carichi  
di lavoro in una "**disorganizza-  
zione perfettamente organiz-  
zata.**"

Inoltre il sistema sanitario terri-  
toriale di alcune regioni vacilla  
proprio a causa della situazione  
emergenziale, ma le cause dei  
problemi evidenziati in questi  
ultimi mesi sono da ricercare  
anche in una **errata program-  
mazione più che decennale.** La  
politica durante gli ultimi anni  
ha scelto di adottare dei tagli  
alla spesa sanitaria, creando  
lacune nella formazione dei  
giovani medici, molti dei quali  
pur di continuare la formazione  
post laurea e una stabilizzazio-  
ne lavorativa hanno scelto di  
lasciare il Paese per trasferirsi  
all'estero.

Allo stesso modo nessuno deve  
credere che l'emanazione di  
una norma contrattuale possa  
cambiare l'assistenza territoria-  
le fondamentale per i cittadini  
italiani, ma occorre uno **sfor-  
zo straordinario per elaborare  
una riforma** degna di un siste-  
ma sanitario nazionale univer-  
salistico. Viceversa sarà inevita-  
bile la distruzione di un sistema  
che nel bene e nel male ha retto  
il duro e imprevedibile impatto  
della pandemia, **ma non sap-  
piamo quanto ancora potrà re-  
sistere.**





**Dott. Riccardo Lucis**  
Medico in Formazione CFSMG Gorizia

## FORMAZIONE E PRECARIATO

**Anno 2020, anno del SARS-CoV2, anno del lock-down, ma anche l'anno nel quale le carenze di operatori sanitari e di medici formati è apparsa chiara a tutta la popolazione, con un sistema di formazione post lauream oramai giunto al capolinea.**

Infatti durante questa emergenza il Sistema Sanitario Nazionale Italiano si è ritrovato a fare i conti con la carenza di Medici specialisti e di Medicina Generale, professionisti costretti a un carico di lavoro ingravescente, a discapito della collettività e, raramente, della qualità

della performance.

Carenze territoriali, dove servizi e ambulatori di Medicina Generale devono assistere sempre più pazienti, e carenze ospedaliere, dove abbiamo raggiunto quasi 15 milioni di prestazioni invase causa emergenza COVID che non troveranno rapida risposta a causa della mancanza di Medici con una formazione post lauream adeguata.

Il problema che stiamo affrontando negli ultimi anni è il divario tra numero di Medici laureati e il numero di Medici laureati **FORMATI**, costantemente in numero minore rispetto alle esi-

genze attuali e future. Se poi tenessimo conto della curva pensionistica e dei recenti decessi e pensioni anticipate causa COVID...

**Purtroppo questo situazione non è una novità creatasi all'improvviso.**

Infatti da oltre 10 anni la scarsa programmazione tra il numero di studenti di medicina e il numero di posti di formazione post lauream, associato al fenomeno dello spreco delle borse, ha portato un **numero sempre maggiore di colleghi a essere sospesi in un imbuto formativo e lavorativo**, con un sistema





che tende a basarsi sul precariato o corsi per assunzioni con contratti in Libera Professione (LP) a gettone, quali i corsi da 200 ore organizzati in Veneto l'anno scorso per sopperire la mancanza di colleghi Internisti nei reparti di Medicina e/o di Pronto Soccorso.

Una aberrazione anche dal punto di vista sindacale, poiché queste soluzioni spesso sono intraprese a discapito della dignità professionale e delle tutele lavorative di colleghi Medici che negli anni hanno magari intrapreso un percorso formativo parallelo, con Master di II livello, corsi e percorsi abilitanti per lavori internazionali (con MSF, Emergency, CUAMM o come Medici di Bordo), ma che sulla carta non permettono loro di ottenere un lavoro convenzionato in Italia, che spesso svolgono in deroga alle norme Italiane ed Europee, o di dipendenza, perché a volte è più con-

veniente per le aziende aprire una posizione in LP, essendo una somma che andrà sotto un altro capitolo di spesa, al quale magari si accede per l'urgenza di dover garantire un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Abbiamo avuto una timida iniziale riforma con i DL Semplificazioni e Calabria, che hanno permesso assunzioni agli specializzandi degli ultimi anni e incarichi convenzionati a tempo indeterminato ai corsisti dei Corsi di Formazione Specifica di Medicina Generale (CFSMG), nonché un primo passo verso il riconoscimento della formazione-lavoro con la possibilità data ad alcuni colleghi di accedere tramite graduatoria riservata al CFSMG, ma senza borsa di studio. **L'aumento delle borse di specialità è ancora esiguo rispetto al numero di colleghi in attesa di formazione.**

Nel 2020 abbiamo avuto anche

la conferma che a livello nazionale la Medicina Generale venga poco considerata: infatti ad agosto 2020 nessuna notizia del bando di concorso per il CFSMG triennio 2020-2023 e soprattutto il CFSMG triennio 2019-2022 è ancora bloccato vergognosamente da marzo! Infatti, mentre tutte le scuole dalla primaria in su facevano lezione, il CFSMG 2019-2022 non è mai iniziato, con rinvii continui ad oggi fine settembre 2020 (forse), bloccando la formazione in Medicina Generale e impedendo ai tanti colleghi di godere dei benefici di Legge previsti dai vari DPCM pubblicati.

Ma tutte queste sono soluzioni monche che necessitano di ulteriori sforzi: è necessario un aumento reale delle borse di studio per le Specialità SSM e per i CFSMG, è necessaria una revisione del percorso formativo dei CFSMG, con un core curriculum centrale che deve essere realmente formativo. Inoltre è necessario che nei CFSMG venga superato il concetto del tirocinio osservazionale, ormai vetusto anche alla luce dei DL Semplificazioni e DL Calabria che permettono convenzione DURANTE il corso e dei DL emergenziali del 2020 che hanno dato il giusto riconoscimento alla formazione-lavoro. Ricordiamo che la "borsa di stu-

dio” dei CFSMG è pari a 11.603 euro circa, da tassare, e non è prevista per i corsisti ex art 12 DL Calabria, con incompatibilità lavorative che oramai sentono il peso di Leggi del 99 (368/99) e del 2001 (448/2001).

Va inoltre **revisionato il sistema di accesso ai due percorsi SSM e CFSMG, separati per tempistiche e modalità, e va studiato il sistema di accorparli e dar loro pari dignità, formativa ed economica**, di modo da contenere il fenomeno dei ripieghi tra un percorso e l’altro; allo stesso modo vanno trovate soluzioni

per interrompere il fenomeno della perdita delle borse di studio, molto sentito soprattutto nelle Specialità (com dimostrano i ricorsi emergenti negli ultimi anni).

**Il nostro Sistema Sanitario Nazionale va tutelato dalla base, ovvero a partire dall’offerta formativa post lauream per quei professionisti che in futuro soddisferanno i bisogni di salute dei cittadini!**

SNAMI si adopera ogni giorno a salvaguardia della popolazione italiana e continuerà a chiedere a chi di competenza azioni

immediate verso una riforma concreta del sistema formativo post lauream in medicina, sia della Medicina Generale che delle Specialità, che **decreti la parola FINE nel precariato figlio di questo imbuto formativo.**



## NASCONO LE UNITÀ SPECIALI IN PANDEMIA

Il 2020 sarà un anno che la nostra generazione ricorderà per sempre e purtroppo, non essendo ancora finito, chissà quali altre sorprese ci riserverà. Un anno segnato da una pandemia che ci ha visti costretti a reinventarci come **medici USCA**, ovvero unità speciali di Medici di Continuità Assistenziale. Tali unità sono state definite nel D.L. n.14 del 9 marzo 2020 per la presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da COVID19. Il servizio prevede una unità ogni 50000 abitanti operando 7 giorni su 7 e garantisce le cure dei casi sospetti per COVID19 o positivi per COVID19 asintomatici o paucisintomatici. In molti casi tut-

tavia le USCA si sono dovute far carico di situazioni cliniche ben più gravi a domicilio come in molte strutture per anziani. L'attività da protagonisti che abbiamo vissuto e che viviamo nel supportare il ruolo dei MMG ci ha posti come occhi e braccia operative non solo dell'Assistenza Primaria ma anche a livello Aziendale dei Distretti e del Dipartimento di Prevenzione. In molte realtà questo ruolo di collegamento, oltre al peso clinico nel risolvere tante criticità, è stato di cruciale importanza nel contribuire a garantire la sanità pubblica. La continua collaborazione con i MMG grazie alla conoscenza della globalità dei pazienti



a 360° ha contribuito a garantire il miglior setting possibile di assistenza considerando le risorse a disposizione. **Le USCA però continuano a non essere omogenee in tutto il territorio italiano:** alcune regioni hanno attivato il servizio molto in ritardo, altre sono partite senza l'intero team previsto, altre regioni hanno dato un supporto specialistico ai medici USCA, altre ancora hanno attivato dei supporti di telemedicina. In questo caos durante la pandemia l'intero SSN è stato sollecitato notevolmente dai bisogni di salute della popolazione. Lo stesso SSN che da molti anni si è visto ridimensionato nel personale, nelle risorse dedicate alla formazione, nelle strutture/



strumenti e di conseguenza nella possibilità di offrire un adeguato livello di assistenza sanitaria. Si è dovuto pertanto fare molto di più di quanto richiesto rispondendo in primo luogo al Codice Deontologico di ogni operatore sanitario per soccorrere chiunque sia stato bisognoso di assistenza. **Per fronteggiare il COVID19 siamo stati "buttati in trincea", come dei "soldati mandati al fronte senza fucili"**. Ci siamo ritrovati in una realtà lavorativa nuova, spesso senza le adeguate protezioni, senza un'adeguata formazione, senza

le adeguate contrattazioni che avrebbero garantito un protocollo d'azione condiviso con l'ottimizzazione delle risorse e soprattutto avrebbe garantito i nostri diritti. **Non è ipotizzabile pertanto proseguire lungo questa rotta fatta di individualità e buona volontà dei tanti giovani medici del nostro paese.** Non è possibile prorogare, come siamo stati abituati ormai da troppi anni, la programmazione della formazione e dell'inserimento ad alto profilo qualitativo di tanti Medici nel mondo del lavoro sia per quanto concerne l'As-

sistenza Primaria che per il Servizio di Continuità Assistenziale. La tutela della dignità professionale e la garanzia di risorse adeguate al futuro di tanti Colleghi sono ciò che farà la differenza sia nelle fasi di emergenza che stiamo vivendo, sia nella gestione a lungo termine delle cronicità. **Questo tipo di programmazione non è una spesa ma un investimento che permetterà di mantenere in piedi il SSN.**

**Dott.ssa Simona M. Autunnali**  
USCA Palermo





## IL CAMBIAMENTO DEL 118 “OSTACOLATO DALLE FORZE OSPEDALOCENTRICHE”.

### UN BRACCIO DI FERRO PER DIFENDERE UN SISTEMA DATATO 30 ANNI.

In un clima di estrema incertezza sanitaria, aggravato dalla fase pandemica e post pandemica, che ha messo allo scoperto le tante vulnerabilità del nostro Sistema Sanitario, sembra indispensabile e prioritario, comunque, realizzare un progetto di ristrutturazione e potenziamento del servizio di Emergenza Territoriale. È utile l'attuazione di uno screening innovativo attraverso cui, **da una parte**, dare risposte agli utenti che siano sempre più valide in termini di efficienza ed efficacia delle prestazioni erogate e **dall'altra** rivalutare il ruolo del MET (Medico di Emergenza Territoriale), consentendogli,

allo stesso tempo, una riqualificazione del suo ruolo professionale ed una integrazione con gli altri attori del territorio, processo indispensabile sia per ottimizzare le risorse e migliorare i servizi territoriali al cittadino che per prevenire i ricorsi impropri al Pronto Soccorso.

**Pertanto, auspichiamo fortemente che si effettuino tutte le riforme che mirano alla decentralizzazione dell'assistenza e alla sua capillare diffusione sul territorio, vicino ai Cittadini, ai poliambulatori, alla continuità assistenziale, all'emergenza territoriale, fino al domicilio del cittadino: questa è la rete dell'e-**

**mergenza territoriale che oggi sosteniamo.**

**«Riteniamo che quando si parla di diritto alla salute la regia debba essere necessariamente centrale, quindi designare una cornice solida del sistema con garanzie giuridiche e normative univoche in ambito nazionale. Successivamente le regioni dovranno indicare i correttivi di incremento qualora ce ne fosse bisogno in funzione delle criticità orografiche.**

L'Emergenza Sanitaria Territoriale ancora ad oggi è una realtà estremamente **difforme sul territorio nazionale**, per tipologia di rapporti di lavoro, obiettivi di formazione e reali opportunità di crescita professionale e contrattuale.

Lo SNAMI (Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani) non può che sostenere il Ddl n° 17515 presentato dal senatore Dott.ssa Maria Domenica Castellone, un decreto di **riforma del 118** sostenuto dal Presidente della SIS 118, **peraltro ispiratore del progetto.**

Vediamo nella proposta di riforma un modello innovativo, dinamico, capace di consegnare ai



cittadini italiani una emergenza territoriale moderna, perfettamente in grado di rispondere, in un contesto tempo-dipendente, alla pluralità delle situazioni cliniche, nei confronti delle quali il 118 è chiamato istituzionalmente a rispondere.

Il SET (Sistema di Emergenza Territoriale) 118, deve essere contattato direttamente dai cittadini senza passare dal 112 come previsto dalle normative europee che allo stato attuale ha dimostrato solo una *lungaggine di tempo*.

**Un SISTEMA, che sia riconosciuto come macrostruttura dipartimentale, quindi un governo sanitario esperto nel ruolo, il riconoscimento con i comitati di dipartimento che consentano a medici, infermieri e ad autisti soccorritori di essere partecipi dei principi di governance, sia a livello provinciale che a livello regionale, quindi nel contesto di un governo clinico condiviso tra gli attori.**

Il Sistema d’Emergenza-Urgenza Territoriale deve trovare su tutto il territorio nazionale uniformità organizzativa, strutturale e formativa, con una formazione basata su standard Europei ed internazionali adeguati e specifici per le funzioni del territorio. Proponiamo di superare la dialettica della sterile polemica per venire al capo di questa com-



plexa questione che appare agli addetti ai lavori un braccio di ferro per difendere un sistema datato “30 anni”. Sembra troppo evidente, infatti, l’accanimento della dirigenza medica il cui solo obiettivo sarebbe quello di colmare le lacune evidenti nei Pronto Soccorso, con un **innaturale, sostanziale, drastico depauperamento** dell’attuale presenza del medico nel Sistema Territoriale 118, sfruttando una logica ragionieristica.

Va contrastata sul nascere la proposta di sostituzione del medico del territorio **con l’infermiere** al quale si chiede di “giocare” a fare il medico sulle ambulanze, demandandogli delle responsabilità non sue, nella logica di un notevole risparmio economico: la recente esperienza pandemica ha, però, dimostrato che la politica dei tagli frutto di una prati-

ca **ragionieristica** non funziona, tanto che le forbici dei “TAGLI” hanno messo in crisi il sistema Sanitario Nazionale e messo a dura prova gli operatori sanitari.

**Ecco perché il territorio va affidato a personale sanitario, competente tecnico con esperienza maturata sul campo, pronto ad affrontare i più disparati scenari.**

Oggi la Sanità Nazionale dovrà prevedere, **per quanto funzionalmente integrate, UNA MEDICINA TERRITORIALE ed UNA MEDICINA OSPEDALIERA**, con l’inquadramento del **personale medico in ruoli dedicati e distinti**, anche se culturalmente unitari, in realtà, che lavorano in due contesti operativi profondamente diversi, ma **non affatto incompatibili**.

**L’eccessiva commistione dei due sistemi non porta benefici ma abbassa, in molti casi, la per-**

**formance di entrambi. Quindi integrazione e collaborazione con limiti ben definiti nell'interesse primario del sistema e dei pazienti.**

Da anni abbiamo chiesto alla politica una modernizzazione del Sistema di Emergenza Territoriale in modo innovativo, che dia univocità d'azione in ambito nazionale, **un modello che si configuri come un unico sistema nazionale, organizzato funzionalmente in tutte le regioni, con gli stessi standard di personale sanitario e tecnico, con mezzi adeguati e risorse in grado di garantire l'uniformità dell'intervento di soccorso al cittadino.**

**Al fine di consentire una programmazione corretta ed efficiente del servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale nelle singole Aziende, il governo centrale dovrà prevedere nel nuovo Ddl che le Regioni definiscono, sulla base delle proprie caratteristiche orogeografiche, abitative e organizzative, il fabbisogno dei medici di Emergenza Sanitaria Territoriale di ciascuna singola Azienda Sanitaria, che è determinato secondo un rapporto ottimale medici in servizio/abitanti residenti con specifici correttivi, ai sensi del DM70 / 2015 nonché del sistema "reti tempo dipendenti".**

La definizione del **rapporto ottimale** consentirebbe, inoltre, la stabilizzazione di tutto il personale sanitario dedicato nonché la parametrizzazione dei corsi formativi che ne disciplinano l'ingresso nel Sistema di Emergenza Territoriale.

Chiediamo alla politica di ascoltare le richieste del territorio, di conferire, finalmente, una reale identità **dei medici SET 118** allo scopo di dare al cittadino una sanità territoriale innovativa, **moderna**, perfettamente in grado di **rispondere** in un contesto **tempo-dipendente** alla pluralità delle situazioni cliniche nei confronti delle quali il 118 è chiamato istituzionalmente a rispondere.



## ABBIAMO DETTO DEI TAMPONI ESEGUITI NEGLI STUDI DEI MEDICI DI FAMIGLIA:

### NEL NOSTRO CAMICE NON C'E' SCRITTO "IN SVENDITA"

...ci sono anche questioni decisamente non meno importanti quali la sicurezza dei nostri studi in termini di sanificazione che non si capisce a chi dovrebbe competere se dovessimo trovare un caso positivo, cosa altamente probabile, e temporanea chiusura con gravi danni per la sospensione dell'assistenza medica...



### IRRESPONSABILE TEOREMA

...lo Snami bocchia il teorema schizofrenico che i tamponi Covid possano essere effettuati nei loro studi...

Il sequenziale accesso negli studi dei Medici di Famiglia, con unico percorso, dei pazienti spesso anziani, fragili e con pluripatologie e pazienti, anche post sanificazione, che devono effettuare un tampone, quindi ad alto rischio di infezione, sarebbe deleterio.

...In situazioni particolari (circa il 5%) in cui i Medici hanno a disposizione dei locali dedicati, anche forniti dall'azienda, dei percorsi separati, personale addestrato ed una logistica adeguata per evitare i contagi ed essere in grado di agire in massima sicurezza, dovranno essere i tavoli sindacali istituzionali, opportunamente convocati, e non bypassati, che, attraverso protocolli condivisi, a prendere in considerazione la possibilità concreta di poter fornire una prestazione professionale che deve comunque essere su base volontaria e correttamente remunerata in libera professione...

## LA MEDICINA TERRITORIALE È A RISCHIO DI IMPLOSIONE?

Sì, se si continuerà a penalizzare i Medici con ulteriori mansioni e compiti impropri in un momento dove siamo prevalenti nel reggere, con grandi sacrifici, un sistema sanitario parzialmente fermo. Basta pensare alle difficoltà della nuova gestione dei nostri studi tra appuntamenti e sanificazione degli ambienti, tenuto conto del fatto che molti medici non rientrano nelle percentuali regionali per poter beneficiare dei contributi per il personale di studio e soprattutto il maggior impegno nel governo a trecentosessanta gradi dei pazienti...



## QUALCUNO AVEVA PRESO IMPEGNI CON IL MINISTRO SPERANZA E CON LA POLITICA PER ULTERIORI INCOMBENZE AI MEDICI DI FAMIGLIA?



Noi Snamì non siamo nelle stanze del potere.

Se un ipotetico signor X è andato dal Ministro o dalla politica a dire... prego... ci sono altre incombenze... le farà la medicina generale... garantisco io, questo signor X ha inanellato una serie di errori :

- primo, non rappresenta la categoria e non può parlare e prendere impegni a nome di chi non rappresenta.
- secondo, se boriosamente pensa invece di rappresentarla deve fare i conti con i numeri dei risultati. I medici hanno dimostrato ad esempio per i test sierologici di non seguire gli "ordini di scuderia".

## SI SENTE PARLARE DI UNA NUOVA MEDICINA DEL TERRITORIO...

Siamo alle solite: “un cilindro sempre aperto” da cui estrarre ogni volta pseudo soluzioni che poi non si realizzano perchè irrealizzabili e penalizzanti per la categoria. Servono finanziamenti certi per una Medicina del Covid e post Covid, chissà ancora per quanto, in un contesto in cui i Medici sono in sofferenza economica. I giovani Medici, inoltre, hanno diritto ad una formazione certa ed omogenea in tutta Italia, non più in mano alle regioni ma di stampo universitario con la presenza di docenti in medicina generale e ad una stabilizzazione lavorativa.





## RELAZIONE DEL PRESIDENTE

Care colleghe, cari colleghi, amiche, amici

do a tutti voi il benvenuto a questo XXXIX congresso nazionale Snami.

Abbiamo cercato fino all'ultimo momento di svolgere un congresso "normale" ma purtroppo il peggioramento della situazione relativa all'epidemia SARS-COV-2 ci ha costretto a fare la scelta più semplice, ma più dolorosa: di svolgere il congresso completamente online.

Ancora nell'ultima settimana ho tenuto in vita il tentativo di svolgere almeno le tavole rotonde di presenza in modo tale da dare una situazione quanto più vicina a quella normalità da noi anelata, ma anche in questo caso l'evolvere della situazione ha fatto sì che anche queste debbano andare online. Partecipare ad un congresso completamente online è un impegno importante sia per i discenti, che per i delegati, che per i relatori che devono impegnarsi con i moderatori a rendere viva e partecipe la presenza di tutti al Congresso, ma sono sicuro che con l'impegno di tutti riusciremo nel nostro intento.

Arriviamo da un anno tremendo e stiamo per affrontare un autunno inverno che sicuramente sarà molto impegnativo per tutti noi, per le nostre famiglie e per i nostri pazienti.

È una guerra.

La nostra guerra.

Abbiamo avuto i nostri caduti, li voglio chiamare così perché sono caduti durante lo svolgimento della loro professione.

Non li posso ricordare tutti, ne dimenticherei sicuramente qualcuno, ne voglio ricordare uno per tutti. Il primo caduto era un nostro iscritto, era un amico che tutti conoscevamo molto bene: Roberto Stella.

Solo un mese prima lo avevo incontrato in aeroporto a Roma e avevamo bevuto qualcosa insieme e chiacchierato amabilmente. Ecco lo voglio ricordare così con quel saluto con cui ci siamo lasciati in un posto per noi abituale come l'aeroporto dove ci si trova sempre avanti indietro dalle nostre residenze a Roma.

Non lasciamo che Roberto e tutti gli altri amici che ci hanno lasciato siano morti invano!

Facciamo in modo che il loro sacrificio sia di monito per il futuro.

Rendiamo onore a chi è caduto e facciamo in modo che altri non cadano nei mesi a venire.

Questa è la nostra guerra e sovente siamo stati lasciati soli a combatterla.

In un comunicato stampa della primavera passata abbiamo definito la nostra situazione come quella degli alpini che erano stati mandati a combattere in Russia ed abbandonati con le scarpe di cartone.

Noi siamo stati abbandonati senza mascherina, senza tute, senza calzari, senza visiere.

Ringraziamo tutti coloro che, prime fra tutte le aziende farmaceutiche, ma non solo, hanno donato, tramite il sindacato, agli iscritti visiere, gel, guanti e mascherine.

Ma vi pare normale che debba essere il sindacato tramite strutture esterne al sistema sanitario a rifornire per quanto possibile i medici sul campo?

Io penso di no.

Io penso e come me sono certo che la pensiate tutti che il sistema sanitario per cui lavoriamo, per cui abbiamo sofferto e per cui abbiamo lasciato più di 180 caduti sul campo avrebbe dovuto e dovrebbe fare in modo che chi è in trincea come noi abbia gli strumenti minimi per non ammalarsi mentre lavora.

Siamo stati lasciati soli.

Basterebbe un decreto per far sì che l'INAIL riconoscesse l'infortunio anche i medici famiglia pur non essendo dei dipendenti. Neppure questo è stato fatto.

Noi non siamo carne da macello e non siamo nemmeno un numero così cospicuo da poter far sì che lo stato si permetta di perderci senza pensare che se salta la prima linea l'ospedale reggerà al massimo uno o due giorni.

La medicina generale, con tutte le sue componenti, a cui si è aggiunta la nuova figura dell'USCA, è la trincea dove si combatte la battaglia più dura, speriamo non più a mani nude, per far sì che chi si amala non arrivi in ospedale e se vi arriva trovi là quello di cui necessita.

Ogni giorno apprendiamo, spesso dai giornali, che governo e regioni tramite decreti e circolari modificano quello che avevano detto il giorno precedente.

Passiamo più tempo a seguire i cambi di rotta imposti che a visitare i Pazienti.

Ogni giorno ci viene detto che siamo centrali nel sistema, che siamo gli unici che possono arginare l'assalto al pronto soccorso, che siamo gli unici che possono fare qualunque cosa. Infatti, oltre al lavoro che già facevamo hanno provato ad appiopparci di tutto e di più.

Lo SNAMI e ne rivendichiamo fortemente la paternità ha messo un punto fermo sui sierologici agli insegnanti fatti dal medico di famiglia.

Non perché non volessimo fare i sierologici ma perché già prevedevamo che questa sarebbe diventata la porta aperta per altre incombenze fatte cadere sulla medicina generale per l'incapacità del sistema. Passati i sierologici siamo giunti ai tamponi rapidi, sulla cui utilità non nutriamo alcun dubbio, semmai molti dubbi li nutriamo sulla possibilità che vengano eseguiti all'interno dei nostri studi.

Solo chi non conosce la realtà del nostro lavoro può proporre questo tipo di attività all'interno dei nostri studi.

Se lo Stato ha necessità di medici in aggiunta a quelli già deputati a questo tipo di attività non ha che da chiederlo.

Se alcuni di noi hanno il tempo, la volontà e la disponibilità di poterli fare lo facciano pure, ma sia ben chiaro che deve essere un compito aggiuntivo, remunerato ed eseguito in sicurezza e sicurezza vuole dire che gli studi devono essere adeguati a quella mansione. In tal caso il volontario lo potrà fare altrimenti lo andrà a fare all'interno delle strutture che le Asl metteranno a disposizione.

A breve si aprirà la contrattazione nazionale per un accordo stralcio dove andremo a discutere oltre la possibilità di fare i tamponi anche di come attrezzare gli studi medici di diagnostica di primo livello.

Anche qui si è voluto per i motivi più disparati mettere il carro davanti ai buoi.

Prima di parlare di diagnostica di primo livello dovremmo parlare di strutture fisiche dei nostri studi. Dovremmo parlare di personale di segreteria.

Dovremmo parlare di personale infermieristico dedicato.

Ma come al solito si è ascoltato qualcuno e non tutti e si è partiti dal fondo: vi diamo l'attrezzatura e voi fate la diagnosi!

Se non si rivedono le percentuali regionali per il personale di studio ed infermieristico, se non si investono fondi importanti che permettono ai medici di potersi strutturare in modo più complesso, come si può parlare di diagnostica di primo livello.

Cosa succederà se un gruppo di medici che per vari motivi siano riusciti a strutturarsi in modo maggiore farà la diagnostica e gli altri no?

Vi sarà una regione più ricca che avrà medici che faranno cose in più di una regione più povera?

Sarà l'ennesima frattura fra le zone metropolitane e quelle rurali?

Nulla di tutto ciò si potrà svolgere senza la telemedicina ma la telemedicina è un processo che per quanto accelerato dall'emergenza Covid ha necessità di tempo, di infrastrutture, di personale, di formazione non solo dell'operatore ma anche dell'utente.

A tutti noi sarà capitato di offrire una visita telematica ai nostri pazienti durante l'emergenza e a tutti noi sarà arrivata la stessa risposta del paziente che non ha il pc, che non ha il collegamento internet, che non ha uno smartphone adeguato e che non ha le competenze tecniche per poterlo fare.

Vogliamo dare una spinta alla telemedicina?

Bene.

Partiamo dall'inizio.

Partiamo col portare la fibra dove possibile, partiamo col dare più banda larga a tutti potenziando il wi-fi nei comuni, coprendo con il segnale radio le zone non raggiunte, già di per sé svantaggiate dalla distanza dai nosocomi.

Ma tutto ciò non può partire dal medico, deve partire dallo Stato.

E' notizia di ieri che la FNOMCEO ha presentato, in audizione in commissione Igiene e Sanità, un nuovo modello di medico di medicina generale.

Ma da quando la federazione ha avuto mandato per rappresentare la categoria?

Forse sarebbe meglio che la federazione si occupasse di quanto le compete e lasciasse a chi è deputato la discussione sul futuro della medicina generale.

Ed in tutto questo poteva non mancare l'AIFA con le sue simpatiche note?

Adesso l'AIFA pretende anche di dare la patente di medico prescrittore. Non lo accettiamo. Già le note legate a problemi di innovazione e costo sono una violenza inaudita nei confronti dei medici di medicina generale, le note poi che vanno a sindacare sulla capacità diagnostica di una categoria vanno rigettate con sdegno al mittente.

Caro Ministro ti scrivo, verrebbe da dire parafrasando una canzone.

Ascolta una volta anche lo SNAMI che ti dà dei consigli gratuiti e che provengono da sindacalisti che non passano la loro vita a Roma seduti sulle poltrone ma lavorano all'interno dei loro studi, che ti danno delle indicazioni precise su quelle che sono le situazioni in periferia e non ti fanno girare davanti i soliti dieci carri armati dicendoti che sono centinaia.

*Il morbo veniva dall'Oriente e dunque tutte le strade del commercio si trasformarono in vie di contagio. La Repubblica approntò subito una serie di provvedimenti per arginare l'epidemia: furono nominati delegati per controllare la pulizia delle case, vietare la vendita di alimenti pericolosi, chiudere i luoghi pubblici, perfino le chiese. Potevamo circolare liberamente solo noi medici. Gli infermieri e i becchini dovevano portare segni distintivi visibili anche da lontano; noi indossavamo una lunga veste chiusa, guanti, stivaloni e ci coprivamo il volto con una maschera dal naso lungo e adunco e occhialoni che ci conferivano un aspetto spaventevole. Uomini e donne malati venivano portati nell'isola del Lazzaretto*

*Vecchio; le persone che erano state a contatto con gli appestati erano invece trasferite in quella del Lazzaretto Nuovo per più di venti giorni a scopo cautelativo. Su una nave era stata issata una forca per giustiziare i trasgressori delle ordinanze igieniche e alimentari. "Alvise Zen"*

Era 1600 spiegatemi dov'è la differenza con il 2020.

Ci viene chiesto di trattare a domicilio i pazienti affetti da SARS-CoV-2, ma al momento quali sono i protocolli per trattare i pazienti a domicilio sintomatici?

Non sto a spiegarlo voi che come me tutti i giorni lavorate gli studi, nelle RSA, nelle carceri, sulle navi, nelle postazioni di continuità assistenziale e delle USCA.

Siamo diventati la società dei virologi.

Dai meteorologi siamo passati ai virologi.

Non passa giorno in cui in tv non compaiono una decina di colleghi, ognuno a portare la sua verità, ognuno a spaventare o a minimizzare.

La popolazione ne esce disinformata e confusa.

E non manca ogni giorno il professorone di turno che dalla sua poltrona dorata accusa chi sta fuori sul territorio di non aver lavorato bene per evitare che i pazienti accedano alle cure ospedaliere.

Ecco a tutti costoro diciamo di non dimenticare la legge delle undici P che il mio professore di chimica al liceo decantava prima di appioppare un brutto voto allo sfortunato di turno: *"per parlare prima pensa perché parola poco pensata potrebbe portarti pensiero"*.

Ognuno di noi dà il meglio di sé, utilizza al meglio quello che sa e che ha a disposizione, ma per i miracoli cari virologi e professori universitari non siamo ancora attrezzati sul territorio.

La nostra posizione di questi mesi la conoscete bene.

Non abbiamo gioito come altri hanno fatto quando con i soldi nostri, di arretrati infatti si trattava, soldi già guadagnati con il lavoro fatto, hanno comperato la nostra reperibilità. Posto che ancora ci dovrebbero spiegare come fa un convenzionato ad essere reperibile essendo l'istituto della reperibilità tipico della dipendenza.

Ci troviamo in questo momento nel pieno della campagna antinfluenzale con le Regioni che hanno programmato in ordine sparso questa importante iniziativa.

Noi già quest'estate chiedevamo che l'acquisto dei vaccini avvenisse a livello centrale per permettere a tutte le regioni di partire in contemporanea con lo stesso numero di vaccinazioni, con le stesse regole e con la distribuzione dei DPI necessari ai medici vaccinatori.

Purtroppo anche qui lettera morta.

Abbiamo chiesto che ci si muovesse per tempo per reperire palestre, teatri e qualunque altro spazio idoneo per permettere ai medici di poter vaccinare senza creare aggregazione e anche qui nella maggior parte dei casi non è stato fatto nulla lasciando anche questo onere sulle spalle della medicina generale.

Non si dia la colpa dell'eventuale fallimento della vaccinazione alla medicina generale!

Abbiamo poi assistito alla follia del farmacista che vuole vaccinare. Provocatoriamente abbiamo detto che se il farmacista avesse vaccinato noi ci saremmo messi a vendere i farmaci.

Basta con la medicina generale cannibalizzata da tutte le figure che si affacciano al territorio.

Ognuno faccia nel miglior modo possibile il suo di lavoro senza guardare a quello degli altri.

Abbiamo assistito a uno stravolgimento anche della formazione in medicina generale in parte legato a questioni normative e legislative ed in parte legato all'epidemia.

Forse è ora che la formazione in medicina generale abbia uno spirito diverso ed un ambito diverso.

Noi pensiamo che sia ora che la medicina generale diventi universitaria.

Che venga riconosciuto il titolo di specialista in medicina generale e che vengano creati i dipartimenti di medicina generale all'interno delle università con docenti in medicina generale che provengano dal territorio.

Basta con la formazione di serie A e B.

Basta con l'imbutto formativo!

Pretendiamo la pubblicazione delle graduatorie in tempi brevi. Non possiamo permetterci di tenere fermi tanti Medici indispensabili per la nostra sanità, soprattutto in questo periodo particolarmente duro ed emergenziale.

Con la speranza di incontrarci tutti al 40° congresso SNAMI auguro a tutti noi di poter operare al meglio e di superare questa difficile prova a testa alta, sicuro che uniti riusciremo a vincere questa guerra.

Un abbraccio.

*È importante che i futuri medici sappiano "guardare con occhiali diversi: quelli finora indossati non sono certo i migliori né i meno deformanti" (Un altro giro di giostra, Tiziano Terzani).*

**Dott. Angelo Testa**

