



Rassegna Stampa

quotidianosanita.it Riforma del Ssn. Ecco le proposte dello Smi
28.06.2024

Le proposte consegnate alla XII Commissione Affari Sociali della Camera nell'ambito dei lavori sulla [proposta di legge C. 1298 Quartini](#). Tra le altre cose, lo Smi chiede la modifica del tetto alla spesa del personale sanitario, la reintroduzione del personale a convenzione nelle strutture, il contratto unico per i medici che operano nel Ssn, la depenalizzazione dell'atto medico e misure aggiuntive per contrastare la violenza sugli operatori sanitari.

28 GIU - La Segreteria Nazionale Smi (Sindacato Medici Italiani) ha presentato alla Camera le proprie proposte e osservazioni nell'ambito dell'attività conoscitiva, che la XII Commissione Affari Sociali sta svolgendo in merito alla proposta di legge C. 1298 Quartini, recante "Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare, le propri osservazioni e proposte".

In merito all'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, spiega il Smi in una nota, "siamo del parere che siamo arrivati oggi a forti criticità che investono tutti i settori dell'assistenza a partire dalla medicina generale fino all'area della dirigenza medica e di quella ospedaliera. In questi ambiti c'è da rilevare che non si può prescindere dal ruolo pubblico dei medici che vi lavorano all'interno, dove per ruolo pubblico intendiamo sia un rapporto di lavoro dipendente che convenzionato che continui a prevedere un'interfaccia diretta tra l'Ente Pubblico e i suoi medici, senza la necessità che all'interno del SSN vi siano società o cooperative che operano con ruoli da intermediari nella selezione di personale medico e sanitario".

Per quanto riguarda la medicina generale, per il sindacato, "con la costituzione delle Case di Comunità (CdC), non migliorerà dal punto di vista organizzativo il lavoro dei medici, né i servizi ai cittadini. Anzi l'obbligatorietà di lavorare per 38 h settimanali all'interno delle Case di Comunità con l'obbligo di apertura degli studi periferici, da parte dei giovani medici, allontanerà ancora di più le nuove leve, in maggioranza donne, dalla professione in quanto si andrà ben oltre le 40 h settimanali di lavoro. Per i medici della medicina generale convenzionata è arrivato il tempo affinché si trovino le soluzioni per garantire le tutele in materia di gravidanza e maternità, per la fruizione dei permessi per malattia e per il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, come la mozione parlamentare



bipartisan (la n. 1-00618), approvata nella XVIII Legislatura, anche con il contributo dello SMI, recitava in merito alla necessità di maggiori tutele per i medici convenzionati”.

“La medicina dei servizi – secondo il SMI - ha bisogno di una chiave di svolta, occorre modificare la legge 502/92, per la riapertura dell'area di medicina dei servizi territoriali e la piena integrazione dei medici della medicina dei servizi nelle organizzazioni aziendali, consentendo il raggiungimento delle 38 ore per i titolari ancora non a tempo pieno, che potrebbero essere impiegati anche per il funzionamento delle case della salute e per sanare a tempo indeterminato, quelle poche centinaia di medici, più presenti in alcune regioni come Lazio e Campania. Questi medici ad oggi precari, potrebbero giovare delle norme in sanatoria, già previste per i contratti della dirigenza medica, e trovare, facilmente e sostanzialmente ad isorisorse, una stabilizzazione nel Ssn”.

“Le professioni ospedaliere e quelle dell'area della dirigenza sanitaria – proseguono le osservazioni - sono in crisi da tempo con la fuga di centinaia di professionisti dal servizio pubblico, che li costringe a ritmi di lavoro insostenibili soprattutto nei pronto soccorso e con la drammatica medicalizzazione delle ambulanze del sistema emergenza urgenza 118. Gli stipendi dell'area della dirigenza sanitaria devono essere equiparati a quelli dei colleghi europei per rispondere alla grave crisi della professione e avviare una riforma del sistema 118 con l'istituzione del ruolo unico del medico di emergenza”.

Per liste di attesa “servono investimenti ingenti per il SSN con un rapporto PIL/spesa sanitaria in linea con paesi come la Germania e Francia affinché sia possibile l'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati rispetto alla patologia e alle necessità di cura, assicurando a tutti i cittadini italiani la fruizione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Non ci convince che si punti, per contrastare la carenza dei medici di famiglia, al trasferimento di funzioni alle farmacie, concedendo, da un lato, ai farmacisti di prescrivere analisi a carico del Servizio Sanitario Nazionale in assenza di una qualsiasi indicazione clinica da parte di un medico, dall'altro lato di tagliare il numero delle prescrizioni. Questo è il modo peggiore agire: si vuole trovare la soluzione delle liste di attesa tagliando i servizi e facendo pressioni improprie sui medici”.

Le proposte finali del SMI per un rilancio del SSN sono:

1) Modificare il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 che stabilisce un tetto alla spesa del personale sanitario.



- 2) Modificare la legge 502/92 per la medicina dei servizi per reintrodurre il personale a convenzione nelle strutture, con omogeneizzazione delle aree contrattuali previste dalla medicina convenzionata.
- 3) Spostare quanto si spende per i medici gettonisti (acquisto bene e servizi) sui medici dirigenti.
- 4) Prevedere un contratto unico per i medici che operano nel SSN.
- 5) Avere molta attenzione alla formazione specialistica e istituire la scuola di specializzazione universitaria in medicina generale.
- 6) Depenalizzazione dell'atto medico e misure aggiuntive per contrastare la violenza sugli operatori sanitari.
- 7) Utilizzare parte dei fondi della Missione 5 del PNRR per certificare la parità di genere in sanità e nelle aree mediche.
- 8) Dare seguito con adeguati investimenti alla mozione parlamentare bipartisan (la [n. 1-00618](#)), approvata nella XVIII Legislatura.



La C News 24
02.07.2024

Autonomia differenziata, De Matteis (Sindacato medici italiani) non ha dubbi: «Per la sanità calabrese sarà una catastrofe»

Cosimo De Matteis, presidente emerito del Sindacato medici italiani, esprime preoccupazione per la situazione attuale e per le prospettive future, soprattutto alla luce dell'Autonomia differenziata. Questo tema, fortemente dibattuto, potrebbe aggravare ulteriormente le difficoltà esistenti in Calabria, creando disparità ancora più marcate tra Nord e Sud Italia. Il medico, originario di Paola, è stato ospite negli studi televisivi di Cosenza Channel.

Sistema sanitario in declino

La Calabria, secondo De Matteis, sta affrontando una riduzione significativa degli investimenti nella sanità pubblica. Due decenni fa, l'Italia dedicava il 6,6% del Prodotto interno lordo (Pil) alla sanità. Oggi, la percentuale è scesa al 6,3%, un segnale allarmante che indica una mancanza di adeguamenti nei salari, nelle tecnologie e nei servizi. La Regione Calabria è al 21° posto per spesa pro capite per paziente nel settore pubblico e al 17° nel settore privato. Questo divario ha favorito la privatizzazione della sanità, con le assicurazioni che spingono sempre più verso il settore privato. «Il sistema sanitario pubblico italiano era un fiore all'occhiello, ma negli anni è andato deteriorandosi», afferma De Matteis.

Emergenza medici e strutture sanitarie

La Calabria vive una vera e propria emorragia di medici. Negli ultimi anni, 183.000 medici hanno lasciato l'Italia, e 173 ospedali sono stati chiusi, di cui 18 solo in Calabria.

Guardia medica e sicurezza

Le guardie mediche, un tempo fondamentali per il sistema sanitario calabrese, stanno scomparendo. La carenza di medici, unita ai pericoli cui sono esposti durante il lavoro notturno e nei fine settimana, rende la situazione insostenibile. «Abbiamo avuto 39 aggressioni dall'inizio dell'anno. Questo non fa altro che peggiorare la situazione», commenta De Matteis.

Stabilizzazione e contratti

Un aspetto positivo è rappresentato dalla stabilizzazione dei medici del 118, un provvedimento richiesto da tempo e finalmente attuato. «Do atto al presidente della Regione Calabria Roberto Occhiuto di aver lavorato bene in questa direzione. Tuttavia, i problemi economici restano un ostacolo significativo. I contratti non sono



competitivi, e i medici preferiscono emigrare verso paesi che offrono migliori condizioni lavorative e salariali», spiega il presidente emerito del Sindacato medici italiani.

Autonomia differenziata legata alla sanità

L'introduzione dell'Autonomia differenziata rappresenta l'ennesima sfida cruciale per la Calabria. La regione, già afflitta da carenze strutturali e finanziarie, rischia di vedere ulteriormente peggiorare la situazione con l'autonomia regionale. «Questa riforma prevede che le regioni gestiscano autonomamente i fondi destinati alla sanità, basandosi sulla capacità fiscale locale. La Calabria, con un reddito medio inferiore rispetto al Nord, avrebbe a disposizione risorse insufficienti per garantire un servizio sanitario adeguato», chiarisce De Matteis. Un vero colpo mortale alla sanità calabrese.

«Nel mio ambulatorio, che è per gli immigrati, perché io opero anche con degli amici in Eritrea, nell'Africa, vedo che oltre agli immigrati da noi arrivano cittadini, concittadini, che hanno bisogno di aiuto». E aggiunge: «Quando mi trovo negli ambulatori e devo chiedere a un sospetto oncologico anche un'ecografia e mi sento rispondere che non può pagare le 60 euro, ti senti fallito, come medico ti senti fallito».

Contratti migliorativi

Con la regionalizzazione, la Calabria dovrebbe contare solo sulle proprie risorse, che sono notevolmente inferiori rispetto a quelle di regioni come la Lombardia o l'Emilia Romagna. «Se non si fanno dei contratti allettanti e non si migliorano le condizioni lavorative, con l'autonomia differenziata la situazione peggiorerà ulteriormente», avverte De Matteis.

Per affrontare queste sfide, è necessario un investimento significativo nei fondi destinati alla sanità. De Matteis sottolinea l'importanza di contratti competitivi per i medici e miglioramenti strutturali nelle strutture ospedaliere. Inoltre, «è essenziale garantire la sicurezza dei medici e degli infermieri, affinché possano lavorare in condizioni dignitose». Infine, una battuta sui medici cubani: «In Eritrea ho lavorato fianco a fianco con giovani colleghi cubani che hanno tanta buona volontà. E Occhiuto ha messo una toppa».



04.07.2024

DL SEMPLIFICAZIONI. SMI: EVITARE CONFLITTO INTERESSE SU SCELTA MEDICO (DIRE) Roma, 4 lug. - "Il DL Semplificazioni approvato definitivamente ieri 3 luglio dal Consiglio dei Ministri è un provvedimento che non risponde alle aspettative della categoria". Così Pina Onotri, Segretario Generale dello SMI. "In tema di semplificazioni in materia di certificazione medica, si fa finta di non capire che vi sono malattie che risultano oggettivamente non obiettivabili né con la telemedicina, né con la visita in presenza del paziente, ma vengono semplicemente individuate dal narrato dallo stesso. Si continua di far finta non vedere come le problematiche di tipo certificativo vanno, in pratica, a sovraccaricare, inutilmente, sia le strutture territoriali, che ospedaliere. Stiamo chiedendo da tempo la possibilità dell'autocertificazione per i primi tre giorni di malattia come nel resto d'Europa. Inasprire le pene, che erano già previste in materia di certificazione per i medici in risposta apre sicuramente, un clima di caccia le streghe e non di fattiva collaborazione per risolvere i problemi. Auspichiamo che nell'iter parlamentare si possano apportare miglioramenti al testo approvato dal Governo, andando verso il riconoscimento e la semplificazione dell'autocertificazione dei primi tre giorni di malattia da parte degli stessi pazienti, in sostituzione delle tradizionali certificazioni richieste, mediante apposite dichiarazioni sottoscritte firmate che attestano la malattia e prevedendo per la malattia superiore ai tre giorni l'utilizzo della medicina. Siamo molto contrari, infine, che la scelta del medico di medicina generale avvenga in farmacia per l'evidente conflitto d'interesse tra chi vende farmaci e chi, in pratica, li prescrive". (Com/Red/Dire)



Corriere Adriatico

30.06.2024

7

mo

Corriere Adriatico
Domenica 30 giugno 2024

Emergenze nell'entroterra «Ora basta con i tappabuchi»

Il sindacato medici bocchia l'accordo su Amandola e il personale del I18

I DISAGI

AMANDOLA «Abbiamo preso atto dell'accordo sperimentale tra l'Ast di Fermo e alcune organizzazioni sindacali della Medicina convenzionata sulle modalità di gestione del servizio di continuità assistenziale e dell'ambulatorio di continuità dell'assistenza in fascia montana, proposto dal direttore Roberto Grinta. Ribadiamo la nostra non adesione all'accordo, confermando le perplessità già espresse durante l'ultimo incontro del Comitato dell'Ast di Fermo della Medicina Generale». A dirlo Alessandra Moraca, segretario regionale di Smi Marche e Fabiola Fini di Smi Mmg di Fermo e vicesegretario nazionale. Lo rimarcano in una lettera a Grinta e al direttore dell'Ufficio Convenzione Paolo Bottazzi.

La posizione

«Il sindacato medici italiani - dicono - prende le distanze con quanto proposto perché ciò determinerebbe una modifica del Punto di primo intervento territoriale di Amandola in Pat, Programma delle attività territoriali h24 gestito dalla Medicina generale o per meglio dire dalla continuità assistenziale (ex guardia medica); tutto questo porterebbe a un problema per l'adeguata copertura dell'assistenza domiciliare dei pazienti, poiché il medico di continuità assistenziale sarà impiegato nella gestione del Pat di Amandola. Nel 2022, già lo Smi non aveva siglato lo schema d'accordo».

**«MANCA SEMPRE IL PERSONALE
NON C'È UNA REALE VOLONTÀ
DI RISOLVERE IL PROBLEMA»**



Alessandra Moraca



Fabiola Fini

cordo proposto dalla Regione sulla continuità assistenziale perché non le ritene adeguate sia alla professionalità del personale sia alla cura dei pazienti. Da allora nulla è stato fatto. Lo stesso Grinta ha ribadito che l'Ast di Fermo registra numerose carenze di medici convenzionati della Ca e dell'emergenza sanitaria territoriale, ed è lo stesso direttore che si trova in difficoltà nel periodo delle ferie. Questa riorganizzazione determinerà inevitabilmente un carico di lavoro più elevato per i colleghi del I18, già in carenza di personale, che verranno attivati con maggiore frequenza. Il nuovo accordo è stato elaborato senza una consultazione preventiva dei sindacati della dirigenza che rappresentano i medici del I18 che sono prevalentemente dirigenti medici. Chiediamo chiarimenti sulla disposizione che recita "la Uos Assistenza primaria effettuerà continue e tempestive informative al presidio di Amandola e alla Potes del I18 in merito alla copertura dei turni dell'ambulatorio di continuità dell'assistenza presso l'ambulatorio di Amandola per l'atti-

vazione delle necessarie misure organizzative". Queste informative verranno attuate da chi e con quali modalità?».

L'altro punto

«Vorremmo, poi, che fosse chiarito di chi è la responsabilità dell'organizzazione. È in capo al distretto e all'Assistenza primaria? Sono stati informati il Dipartimento di emergenza, e quindi il I18? Non si evince quante e quali saranno le risorse disponibili a effettuare la turnazione. Il sindacato ha evidenziato già da tempo la mancanza di una reale volontà di effettuare una riorganizzazione strutturale dell'emergenza territoriale riguardo alle carenze esistenti e nonostante ciò usata come sistema tappabuchi. Riteniamo che l'accordo sia carente e impreciso in più punti. Se non si progetta da subito il riordino del sistema dell'emergenza ci potremmo trovare a breve di fronte a nuove distorsioni della realtà sanitaria dell'emergenza».

do. c.

© RIPRODUZIONE RISERVATA