

# SINDACATO MEDICI ITALIANI (SMI)

## Tavolo programmatico sulla medicina generale

### Documento programmatico

#### **PREMESSA:**

la pandemia da Covid ha dimostrato quanto importante sia il ruolo svolto dall'area della medicina convenzionata all'interno della medicina territoriale nella completa espressione di tutte quelle figure professionali che all'interno vi operano: assistenza primaria; continuità assistenziale; emergenza territoriale; medicina penitenziaria; specialistica ambulatoriale; pediatria di libera scelta; medicina dei servizi.

#### **PAROLE CHIAVI:**

tutele-copertura assicurativa- garantire le tutele per i danni fisici ed economici derivanti da infortuni causati dalla attività lavorativa e malattie professionali considerate rischiose ed usuranti.  
-contratto unico dell'area con uguali tutele investimenti- inquadramento a ruolo nella dirigenza medica con apposito emendamento all' art. 8 comma 1bis della legge 502/92.

#### **ASSISTENZA PRIMARIA**

##### **TUTELE**

-Gli studi medici e l'attività in essi svolta dai Medici dell'Area Convenzionata devono essere equiparati a presidi del SSN durante l'attività convenzionata anche ai fini della copertura assicurativa in caso di infortuni.

-Occorre definire un percorso alternativo all'interno dell'Area e delle Aziende per ricollocare quei Medici che in seguito a malattia e/o infortunio abbiano avuto una riduzione dell'attività lavorativa.

-Vigilare affinché venga riconosciuto a tutti i cittadini su tutto l'ambito nazionale il pieno rispetto dei LEA, costruendo una cornice unica nazionale di riferimento.

-Costituire un fondo "Catastrofi" previsto nella legge di stabilità a livello nazionale di immediato utilizzo (come in caso di pandemie) e prevedere un apposito articolo nell'ambito degli Accordi collettivi nazionali di categoria che istituisca un tavolo permanente al fine di permettere un aggiornamento dell'articolato contrattuale per una rapida convocazione delle parti per indicare compiti, ruoli e funzioni specifiche e momenti di condivisione in rete tra le varie figure operanti sul territorio.

-Definire investimenti strutturali affinché tutti i medici abbiano la possibilità di ricevere il contributo per il personale infermieristico e di segreteria (abolire i tetti previsti in ACN e AIR ).

-Vigilare affinché la dematerializzazione della ricetta elettronica sia tale su tutto il territorio nazionale e definire le sanzioni nei confronti di quelle regioni inadempienti.

-Ripensare ad una congrua defiscalizzazione delle spese sostenute per svolgere l'attività professionale convenzionata.

-Riportare la gestione della cronicità nell'alveo dell'Assistenza Primaria vigilando su quelle Regioni che sfruttando propri modelli organizzativi e tendono a privatizzare o a spostare la gestione della cronicità in ambito ospedaliero per definizione non consono a tale compito.

-Promuovere la didattica formativa in medicina generale a livello universitario quadriennale, per garantire un titolo di specializzazione, con il contributo della medicina generale a livello teorico e pratico in ambito universitario con canali dedicati.

-Multiprofessionalità negli studi medici: impedire che la questione venga appaltata al di fuori dei distretti, per evitare gestioni incongrue anche da parte di cooperative.

-Nell'ambito della componente strutturale con le altre professionalità del territorio, nel nuovo ACN è già prevista l'UCCP coi relativi PDTA: necessitano adeguati finanziamenti per la partenza (MES e Recovery fund) ma anche un piano successivo di investimenti quinquennali per il mantenimento di predette strutture ed evitare così "cattedrali nel deserto" per mancanza successiva di fondi, che devono essere strutturali, ossia permanenti nel tempo e non una tantum.

-La diagnostica strumentale di primo livello deve essere presa in carico dal mmg che la espleta che se ne assume la piena responsabilità. Inaccettabile delegare specialista terzo a refertare esami eseguiti da mmg: ciò porterebbe ad inevitabili conflitti, rifiuti e ripetizioni di esami con doppia spesa.

## **FOCUS**

Oltre all'Italia poche altre nazioni europee (Austria, Belgio e Regno Unito) non riconoscono ancora, al loro interno, la medicina generale come specialità. L'inclusione della medicina generale nell'allegato 5 della Direttiva non avrebbe ricadute dirette sulle singole realtà nazionali, ma costituirebbe un esempio virtuoso per le nazioni ritardatarie.

Bene, quindi, creare in Italia la specialità. I benefici più importanti saranno per il sistema sanitario, più ancora che per i medici di famiglia.

Benissimo adeguare le borse a quelle delle altre specialità: corregge un'ingiustizia.

L'emendamento presentato al Senato, poco fa capire sulla futura strutturazione delle Scuole. L'articolo 46-septies è lapidario: "1. E' attivata almeno una scuola di specializzazione su base regionale in funzione delle disponibilità delle sedi universitarie... omissis... 3. La docenza è affidata nella misura di almeno il 50 per cento del totale a medici di medicina generale esercitanti l'attività convenzionata in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente."

Quest'ultimo punto è un richiamo alle giustificate aspettative di chi ha insegnato finora nella Formazione Specifica, e può alimentare il consenso alla manovra.

Il vero problema non è chi insegnerà; ma chi dirigerà le Scuole di Specialità, figura che deve avere piena competenza su che cosa e come deve essere insegnato per formare un buon medico di famiglia, e da chi.

Tra gli attuali docenti universitari non c'è una figura adatta a questo compito. La medicina generale, come disciplina e come professione, ha un insieme di peculiarità (già riconosciute nella Direttiva Europea 457/86, istitutiva della Formazione Specifica) che ne fanno una specialità diversa dalla Medicina Interna e dall'Igiene/Medicina di Comunità, per citarne giusto due.

C'è poi un problema ancora più serio, che nel suo ambito fa dell'Italia la cenerentola tra le nazioni europee. Non c'è praticamente nazione in Europa dove non esistano cattedre universitarie di Medicina Generale dirette da medici di medicina generale. Anche il Regno Unito, che pure non la riconosce come specialità, ha in tutte le Università cattedre di Medicina generale con questa caratteristica. Questa figura avrebbe le competenze per dirigere la Scuola di Specialità. Ma da noi non esiste, o almeno non esiste ancora.

## **CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Le seguenti priorità: accesso unico e ruolo unico, lotta al precariato che ha sempre impedito un sviluppo armonico e dignitoso di questo settore; spingere anche tramite gli ACN ad una perfetta integrazione ed a un riconoscimento di tutele così come per tutta l'AREA della medicina generale.

Tutti devono operare per dare risposte di cura adeguate, pronte e sicure alla popolazione, ma della stessa sicurezza di tutele hanno bisogno gli stessi operatori; nessuno può sentirsi solo. Prevedere finanziamenti strutturali per una adeguata integrazione della CA nelle AFT.

## **MEDICINA DEI SERVIZI**

-Si chiede di modificare il comma 1 BIS dell'articolo 8 della legge 502/92 al fine di attribuire incarichi a tempo indeterminato di medicina dei servizi ai medici convenzionati già presenti nell'Area della medicina convenzionata e completare con incarichi a tempo pieno a 38 ore settimanali i medici già titolari di incarico di medicina dei servizi, medici titolari di 24 h di C.A, medici di A.P che non hanno raggiunto il massimale , in maniera tale da prevedere un rapporto unico a tempo pieno con il SSN.

-Riapertura dell'Area della Medicina dei Servizi per la piena integrazione dei Medici nelle organizzazioni aziendali, garantendo con la riapertura dell'area , come da schema di emendamento all' art.8 comma 1bis della 502/92 allegato, la integrazione di personale già operante all' interno del SSN, in molte regioni in maniera precaria e da anni, e passaggio a ruolo del SSN, completando ed aggiornando quanto già previsto dalla 502/92.

## **EMERGENZA TERRITORIALE**

-Priorità per i medici convenzionati dell'emergenza territoriale

- Ottenere le tutele contrattuali che sono previste per i medici dipendenti e uniformarle su tutto il territorio nazionale: maternità, malattia, infortuni, assegni familiari, legge 104, ect. .

-Eliminare le incompatibilità previste dalla legge del 2006, in particolare per i medici idonei al corso MMG tramite Decreto Calabria; dando la possibilità a questi ultimi di continuare a lavorare al 118 con il contratto in essere a 38 ore settimanali, così da arrestare l'emorragia di medici del 118 e l'inevitabile chiusura delle postazioni medicalizzate, in particolare in un momento drammatico come questo con una pandemia in atto senza obbligare i medici suddetti a ridurre il proprio orario di lavoro a 24 ore settimanali o addirittura a licenziarsi.

-La emergenza territoriale deve rientrare nell'area della dipendenza nel rispetto della anzianità di servizio e del ruolo svolto.

-Al momento nessuna incompatibilità dovrà impedire un regolare trasferimento a pieno titolo all'interno dell'are convenzionata.

## **MEDICINA PENITENZIARIA**

-Mancano indennità di rischio in un settore molto delicato e mancano le tutele che sono presenti in alcuni contratti come la medicina dei servizi, la specialistica ambulatoriale per non tralasciare i contratti della dipendenza.

Occorre trasferire modelli regionali contrattuali più virtuosi su tutto il territorio nazionale, adeguando dovute garanzie a dovuti investimenti

## **SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

-Sicuramente un effetto collaterale della Pandemia è stato l'accumularsi di prestazioni specialistiche rimandate in attesa di protocolli e indicazioni. Occorre vigilare che i protocolli definiti a livello regionale non contrastino con le norme di sicurezza per gli operatori e i cittadini stessi.

-Non è pensabile che per recuperare le liste di attesa si pensi di accorciare i tempi dedicati alla visita stessa.

-Occorre assegnare le ore degli specialisti che lavorano con carico orario al di sotto delle 38 ore o facilitare il plus orario. Lo stesso dicasi per la attività specialistica odontoiatrica rispettando quanto pubblicato su un Warning dall'OMS il 7 agosto 2020.

Per l'odontoiatria si auspica che la laurea di I livello, già di per sé specializzazione, possa dare l'accesso ad incarichi, anche convenzionati, nell'ambito del SSN, anche ai fini della promozione della "odontoiatria sociale".

## **PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.**

La loro presenza durante il periodo COVID ha dimostrato quanto importante sia la collaborazione e la interconnessione con la medicina generale: età pediatrica e i genitori era e sono facce della stessa medaglia così come gli aspetti organizzativi; fare in modo che , fino alla definizione di forme organizzative definite dall'ACN, sia possibile costituire forme miste ad associazionismo tra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Eliminare le incompatibilità tra varie specialità prevedendo la possibilità di poter concorrere alle ore presenti all'interno della specialistica ambulatoriale. Vigilare affinché vengano garantite le tutele per i danni fisici ed economici derivanti da infortuni causati dalla attività lavorativa e malattie professionali.

## **FORMAZIONE E PROSPETTIVE**

Raggiungere una stretta connessione tra il mondo universitario ed il territorio per un completo passaggio a scuola di specializzazione quadriennali del corso di formazione specifica in Medicina Generale.

A tal proposito SMI si dice favorevole all'emendamento presentato in Senato al DL Semplificazione che prevede la reazione della Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e delle Cure Primarie.

## **MEDICINA SCOLASTICA**

Ripristinare il medico nelle scuole utilizzando l'operato dei medici convenzionati. Per contrastare il coronavirus ed avviare una seria politica di prevenzione sanitaria serve fare ricorso a diagnosi precoci e prevenzione sanitaria attiva per contrastare gli effetti nocivi della pandemia. I servizi di medicina scolastica possono rappresentare degli straordinari presidi sanitari perché direttamente operanti negli edifici scolastici e a stretto contatto con studenti, genitori e insegnanti.

Chiediamo la riapertura dell'area di medicina dei servizi territoriali e il superamento per questo settore medico della legge 502/92, per la piena integrazione dei medici della medicina dei servizi con il territorio e con le scuole.

Il Governo si esprima adottando misure urgenti verso le Regioni, che hanno soppresso i servizi di medicina scolastica. Allo stesso tempo si modifichi la legge 502/1992, permettendo ai medici di medicina generale di lavorare per la medicina scolastica.

**SINDACATO MEDICI ITALIANI (SMI)**