



Audizione alla Commissione XII Affari Sociali della Camera dei Deputati sulla
Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza

Le proposte del Sindacato Medici Italiani (SMI):

“Rafforzamento della medicina territoriale, scuola di specializzazione per la
medicina generale, maggiore tutela della salute dei medici e dei sanitari”.

Roma, 28 gennaio 2021

Quest'ultimo anno drammatico ci ha fatto capire quanto sia urgente riformare il nostro sistema sanitario; il nostro SSN è giunto alla prova del Covid manifestando elementi di relativa debolezza rispetto ai principali partner europei.

Abbiamo registrato nel 2020 un numero elevato, elevatissimo di medici morti, se confrontato con quello degli altri paesi europei e questo vuol dire che nella rete organizzativa sanitaria qualcosa non ha funzionato e non sta funzionando .

La tenuta e la risposta del SSN è solo dovuta alla professionalità degli operatori sanitari e dei medici che non si sono tirati indietro, nonostante la condizione lavorativa precaria, la mancanza di DPI e la scarsità di personale.

Di fronte alla pandemia il Paese si è trovato impreparato perché il piano nazionale dell'emergenza era fermo da 10 anni, e negli ultimi 20 anni si è continuato a tagliare nella sanità.

Occorre rimettere al centro dell'agenda politica l'importanza della integrazione della medicina generale nella medicina del territorio con misure efficaci e interventi legislativi e anche contrattuali funzionali allo scopo. Da tempo abbiamo denunciato i nodi da sciogliere per rimuovere i tanti ostacoli al fine di investire sul serio e non a parole sulla salute degli italiani.

L'esperienza della pandemia ha tristemente messo in luce proprio il vulnus di tale mancata integrazione.

In particolare venendo alla missione 6 riferita alla Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza prevede per la medicina generale :

- Potenziamento assistenza sanitaria e rete territoriale
- Casa della Comunità e presa in carico delle persone: Il Progetto nasce per potenziare l'integrazione complessiva dei servizi assistenziali socio-sanitari per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano

esse sane o in presenza di patologie e/o cronicità. Per realizzare tale integrazione, il progetto prevede la realizzazione di strutture fisicamente identificabili (“Casa della Comunità”), che si qualificano quale punto di riferimento di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per i cittadini. L’obiettivo è quello di realizzare entro il 2026 una Casa della Comunità ogni 24.500 abitanti: si punta a realizzare 2.564 nuove Case della Comunità con l’obiettivo di prendere in carico 8 milioni circa di pazienti cronici mono-patologici e 5 milioni circa di pazienti cronici multi-patologici.

Questo modello organizzativo, che coinvolge la medicina generale, con tutti i suoi compiti ad oggi riconosciuti e tutta la rete territoriale dell’assistenza, ha molte criticità e troppe similitudini con le CASE della SALUTE che già hanno visto risultati scadenti in termini di obiettivi di risultato, nei dati pubblicati da Agenas nel 2012.

Inoltre occorre considerare che nei prossimi anni i medici dell’assistenza primaria verranno notevolmente a mancare a causa del loro progressivo pensionamento e dell’impossibilità d’immissione al lavoro di giovani medici per il cosiddetto imbuto formativo.

Il Piano, pone l’accento, poi, sullo sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità e delinea il progetto finalizzato a rafforzare l’attività formativa anche attraverso l’ aumento delle borse di studio del corso di formazione specifica in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli formativi triennali. L’obiettivo del Piano è quello di erogare e completare 900 borse di studio per il corso di formazione specifica in medicina generale per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026.

Siamo del parere, invece, che tra il 2018 e il 2025, dei circa 105.000 medici specialisti attualmente impiegati nella sanità pubblica, ne potrebbero andare in pensione la metà (52.500), per il 2025 si prevede una importante carenza di circa 16.500 specialisti.

Per il concorso di medicina generale del triennio 2020-2023, è stato previsto un totale di borse di studio pari a 1.302, distribuite per Regione: un numero che non sembra tenere in conto le problematiche sia del pensionamento che dell’imbuto formativo a fronte anche qui dei prossimi pensionamenti che coinvolgeranno circa la metà della forza lavoro attualmente presente.

Le nostre proposte nel merito sono:

1. Risolvere l’imbuto formativo e trasformare il Corso di Medicina Generale in Specializzazione a livello universitario con interazione con la medicina territoriale a livello pratico.
2. Aumentare gli organici, aumentando le borse di studio come corso di specializzazione universitario assumendo quindi i medici di medicina generale che non saranno solo formati ma specializzati e gli specialisti necessari a coprire i pensionamenti in area territoriale ed ospedaliera.

3. Impostare la rete territoriale anche tramite una nuova visione del ruolo del medico di medicina generale che possa rappresentare concretamente la figura del “*medico del territorio*”, in stretta correlazione con le altre figure del SSN globalmente inteso. E’ da questa rete operativa che nasce la offerta assistenziale orientata alla presa in carico del paziente cronico.
4. Modificare l’art. 8 della 502 /92 con apposito disposto legislativo, riaprendo l’ area della medicina dei servizi, valorizzando nuovamente le funzioni proprie della MEDICINA SCOLASTICA, attività da sempre propria della medicina del territorio, e tutte numerose attività istituzionali del SSN, da anni in carenza di personale e consentire il passaggio a dipendenza sia della Continuità Assistenziale che della medicina dei servizi ,già attività integrate nelle aziende sanitarie a quota oraria.
5. Applicare la legge Balduzzi con gli appositi finanziamenti alle UCCP, unità fisiche distrettuali (almeno uno per distretto), finalizzate all’applicazione dei PDTA all’interno di queste strutture distrettuali coagulando il personale territoriale frammentato delle ASL ed assumendo il personale medico, infermieristico e sanitario necessario per creare il secondo livello di assistenza territoriale a supporto della medicina generale spostando al loro interno gli investimenti in attrezzature già previsti così da decongestionare i Pronto Soccorso e le strutture ospedaliere che diverrebbero il terzo livello di intervento.
6. Realizzare la dipendenza atipica per le figure convenzionate tuttora prive di tali tutele , come invece previsto in altri paesi europei mantenendo le strutture territoriali già presenti e garantendo le tutele caratteristiche della dipendenza.

Noi medici di medicina generale lavoriamo più di 60 ore a settimana, tantissimi di noi si sono contagiati o ammalati , non sappiamo neanche quanti, non rientrando nelle statistiche INAIL in quanto non destinatari di alcuna polizza di infortunio sul lavoro.

Il PNNR deve prevedere misure finalizzate al riconoscimento dell’ infortunio sul lavoro per i medici di medicina generale a seguito di contagio da covid.

Restiamo basiti sul fatto che ancora oggi i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e altri professionisti medici, che hanno subito tanti contagiati e morti nel corso della pandemia da coronavirus, non siano coperti dall’assicurazione Inail in caso di decesso.

Non sono bastati più di 250 medici di famiglia deceduti per far estendere le tutele sul lavoro al contagio da virus e farlo rientrare nei casi d’infortunio sul lavoro. Alla luce della recente pandemia tocca ripensare ad uno strumento normativo adeguato che riconosca ai medici convenzionati le tutele previste per tutti gli altri lavoratori.

L’Inail deve ammettere che in questi mesi i medici di famiglia hanno subito veri e propri infortuni sul lavoro a causa del contagio trasmesso dai loro pazienti. Le loro

famiglie, per questo, hanno diritto ad essere indennizzate in caso di morte dei propri congiunti.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza deve destinare risorse vincolate, affinché si riconosca una copertura assicurativa ai medici di medicina generale e all'altre professioni mediche, ammettendo il pieno indennizzo in caso di decesso causato dal coronavirus. Si tratta di un riconoscimento di un diritto dovuto a chi ha sacrificato la propria vita a difesa della salute dei cittadini.

Il Piano deve quindi prevedere, inoltre, misure per la riattivazione della medicina scolastica in tutto il Paese.

Occorre ridare piena attuazione a quanto previsto all'articolo 14 della legge n.833 del 1978 che istituisce il servizio sanitario nazionale, prevedendo che le Aziende sanitarie locali provvedono, tra l'altro, all'igiene e alla medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado.

Per contrastare il coronavirus ed avviare una seria politica di prevenzione sanitaria non serve fare ricorso a soluzioni stravaganti, come quella di richiamare in servizio medici in pensione. Occorrono, invece, diagnosi precoci e prevenzione sanitaria attiva per contrastare gli effetti nocivi della pandemia - I Servizi di Medicina Scolastica sono degli straordinari presidi sanitari perché direttamente operanti negli edifici scolastici e a stretto contatto con studenti, genitori e insegnanti. E' ora di attivarli subito!

Pina Onotri

Segretario Generale del Sindacato Medici Italiani