



Rassegna Stampa



18.02.2025

[Medicina generale, le proposte delle donne medico dello SMI](#)

In merito alla cosiddetta riforma della medicina territoriale, prima di discutere dello status giuridico del medico di medicina generale, toccherebbe rendere edotta la popolazione sul tipo di assistenza che si vuole offrire. Un servizio di capillarità e prossimità come erogano gli attuali studi di medicina generale? Allora questo non può prescindere dalla possibilità che viene data al cittadino, così come stabilito dalla legge 833/78, di affidarsi ad un medico di sua fiducia. Si vuole, in alternativa, offrire un'assistenza in una struttura territoriale che funzioni h 24 e che offre servizi vari, oltre l'assistenza di base? Tipo ospedale per intenderci. In questo caso non è la cura che si fa prossima al cittadino, ma il cittadino che deve recarsi nel luogo di cura, così l'**Ufficio Stampa Nazionale SMI rende pubblica una nota di donne medico dirigenti nazionali, regionali e provinciali del Sindacato Medici Italiani. Entrambi i modelli presentano i loro vantaggi e svantaggi. Stabilito il modello possiamo discutere dello status giuridico dei medici di medicina generale.**

È chiaro che nella Casa di Comunità viene meno il rapporto fiduciario, considerato che la propria prestazione professionale si eroga ad una platea indistinta così come succede in ospedale. Allora il medico di medicina generale deve essere inquadrato ad ore, dirigente o convenzionato che sia, tipo gli specialisti ambulatoriali che oggi lavorano nei distretti sanitari. Se, invece, si mantengono gli studi periferici, circa 40.000 in Italia, è chiaro che il tipo di rapporto non può essere altro che libero professionale convenzionato o parasubordinato che sia.

Il Governatore della Regione Lazio che vuole tutti i medici dipendenti 'perché li paga lui e lui deve poterli spostare dove servono' cominciasse a porsi il problema di reperire 3500 studi periferici dove farli lavorare, perché i medici dipendenti sicuramente non metteranno i propri studi privati, con spese connesse, a disposizione di un sistema che li considera come tappabuchi nulla facenti.

Come è irricevibile, anche, la proposta di FI che vuole i medici di famiglia 20 ore negli studi e 18 ore nelle Case di Comunità. Infatti, i giovani medici che, secondo il vigente Acn, dovevano assumere il ruolo unico per gli incarichi attribuiti da gennaio 2025 in poi, sono restii ad accettare. Lavorare 38 h in Casa di Comunità e obbligatoriamente aprire uno studio in periferia per la presa in carico di pazienti si sforano i tetti sugli orari di lavoro e il Sindacato Medici Italiani, aveva proposto in sede di contrattazione, per il tramite del suo Segretario Generale, di adottare il part time (riduzione ore/scelte) e di valorizzare lo straordinario (ore lavorate in più oltre le 38). Proposte naturalmente cadute nel vuoto, ma che sarebbero state sicuramente un incentivo.

Non si convincono i giovani ad accettare di lavorare nel ruolo unico e allora che si fa? Si intruppano all'interno delle Case di Comunità un'intera popolazione di professionisti cambiando le regole di ingaggio a colpi di



decreti legge . Siccome il pragmatismo è donna e poiché le donne sono quelle che al 70% erogano le cure ai cittadini di questo paese, forse è il momento che abbiano più voce in capitolo e *ripetita iuvant* le soluzioni da mettere in campo sono:

- Bandi di assunzione per lavorare all'interno delle Case di Comunità con contratto ad ore di dipendenza o convenzione come quello degli specialisti ambulatoriali e relative tutele (maternità, malattia, ferie, infortunio).
- Modifica dell'art 8 della legge 592/92 per riassumere all' interno delle Asl e Case di Comunità i medici dei servizi , convenzionati ad ore che potrebbero assolvere parte degli impegni nelle Case di Comunità.
- Chiedere ai medici che lavorano a rapporto fiduciario di assumere un secondo incarico ad ore (con relative tutele) compatibile con il numero di scelte che hanno in carico, secondo l' attuale Acn ma con possibilità di limitare scelte/ore (part time).

Non ce la facciamo più a lavorare dalle 45 alle 60 ore a settimana, il riposo e le ferie non sono che un miraggio ed appena abbiamo un problema personale e familiare la nostra vita si complica a dismisura come, ha detto la collega Ilaria Rossiello, specializzata in medicina generale, 34 anni, che ha dato le dimissioni, annunciandole sui social, dalla medicina generale perché il pensiero di andare a lavoro era più angosciante del tumore di cui era affetta.

Firme

Liliana Lora, Vice Segretario Nazionale Vicario Smi e Fabiola Fini Vice Segretario Nazionale Smi - Santina Bianchi, Responsabile Nazionale Smi Specialistica Ambulatoriale - Cristina Patrizi, Segretario Regionale Smi Lazio- Tiziana Alescio, Segretario Regionale Smi Sicilia- Delia Epifani, Segretario Regionale Smi Puglia - Alessandra Moraca, Segretario Regionale Smi Marche - Antonella Giordano, Presidente Regionale Smi Molise- Claudia Felici, Responsabile Regionale Lazio Area Convenzionata- Marina Pace, Vice Segretario Vicario Regionale Smi Lazio- Beatrice Bene, Presidente Regionale Smi Sardegna- Ornella Flore, Vice Responsabile Smi Convenzionata Sardegna- Patrizia Margagliotti, Vice Segretaria Organizzativa Smi, Sardegna- Simona Luconi Tesoriere Smi Sardegna- Renza Bollettin, Direttivo Smi Trento - Dorian Rivizzigno, delegata aziendale Smi Bari - Natascia Giani Presidente Smi Fvg- Antonella Di Marco Consigliere Nazionale Smi Fvg - Giulia Cusmano, delegata aziendale Smi Lecce - Maria Antonietta, Eletti Vice Presidente Smi Puglia - Elena Cimbalo, Direttivo SMI Umbria- Annamaria di Lorenzo, Presidente Collegio Probi Viri Smi - Emira Ciodaro, Responsabile area convenzionata Smi Calabria - Ornella Mancin, Consigliere nazionale Smi- Lisa Pardi, Referente regionale Smi Lazio per la formazione- Cettina de Gerardis, Consigliere nazionale Smi - Sabrina Bonollo, Consigliere regionale e



nazionale Smi Veneto, Valeria Pozzato Consigliere Regionale e Nazionale Smi Veneto - Emanuela Zurrù, direttivo regionale Smi Liguria - Silvia Santhià direttivo regionale Smi Piemonte



Gazzetta del Sudonline
19.02.2025

Paola, medici aggrediti e servizi al collasso

Sanità all'anno zero anche in altre aree del Tirreno. La denuncia del presidente emerito dello Smi, De Matteis
19 Febbraio 2025

«I mali della sanità in **Calabria**, nel Mezzogiorno e sul **Tirreno cosentino** sono ormai sotto gli occhi di tutti». Lo sostiene **Cosmo De Matteis**, presidente nazionale emerito del Sindacato medici italiani.

«I problemi sono molteplici a partire dalle aggressioni ai medici come quella subita qualche giorno fa all'ospedale di Paola da una dottoressa del **pronto soccorso**. Per di più, continuiamo a essere una delle principali regioni - spiega De Matteis - dove persiste una forte migrazione sanitaria verso le regioni del Nord. Sono tanti i malati calabresi, spesso poveri, che sono costretti a spostarsi per ricevere cure adeguate, affrontando enormi sacrifici non solo economici. Tutto questo è dovuto ai limiti delle nostre strutture sanitarie, anche se vi sono alcune eccellenze a livello professionale. Molti ospedali sono fatiscenti, spesso con posti letto nei corridoi, camere dove non è garantita un minimo di privacy. A questo quadro già pesante si aggiunge la crisi della professione di medico di medicina generale. Nei piccoli paesi della nostra regione non vi sono più i medici di famiglia. I giovani - spiega il sindacalista - non intraprendono più la professione a causa degli stipendi troppo bassi e della mancanza di tutele (ferie, permessi di malattia e di maternità).



Quotidiano Sanità

20.02.2025

Oltre la polarizzazione: la Casa di Comunità come anello di congiunzione tra ospedale, territorio e università

20 2 2025

Marco Nardelli

Medico di medicina generale del Lazio

- Gentile Direttore,

in questi giorni stiamo assistendo a un acceso dibattito sulle iniziative del governo riguardo alla possibile dipendenza dei medici di medicina generale. Il motivo di tanta urgenza è chiaro: far funzionare le Case di Comunità (CdC) e dare valore ai fondi del PNRR. Tuttavia, come spesso accade nel nostro paese, questa fase sembra caratterizzata da una certa confusione.

Un passaggio immediato di tutti i Medici di Medicina Generale (MMG) alla dipendenza sarebbe tecnicamente complesso e difficilmente sostenibile. Le strutture attuali non sarebbero sufficienti a garantire la capillarità dell'assistenza territoriale, e una riforma così radicale richiederebbe un investimento economico enorme: non solo per le infrastrutture, ma anche per il personale, la gestione amministrativa, i servizi di accoglienza e il supporto paramedico.

Stiamo quindi rischiando di perdere un'opportunità preziosa: sviluppare un sistema misto, che non solo risponda alle esigenze attuali, ma che colmi anche quel vuoto strutturale che da anni ostacola l'integrazione tra ospedale e territorio.

La Casa di Comunità come snodo centrale delle cure primarie.

Un approccio graduale e bilanciato potrebbe prevedere il mantenimento degli attuali MMG convenzionati, garantendo così una rete capillare sul territorio, affiancati da MMG dipendenti che operino all'interno delle Case di Comunità con un ruolo ben definito e sotto un contratto di dirigenza. Questi ultimi potrebbero rappresentare il tanto ricercato anello di congiunzione tra ospedale, territorio e università, svolgendo funzioni chiave:

- Filtrare le richieste di ricovero differibili, riducendo il sovraccarico del Pronto Soccorso e ottimizzando l'accesso ai reparti ospedalieri.
- Creare percorsi specifici per la gestione delle cronicità, con un monitoraggio più efficace e integrato rispetto all'attuale frammentazione tra medico di famiglia e specialisti.
- Promuovere audit e linee guida prescrittive, elaborate dai MMG per i MMG, migliorando l'appropriatezza terapeutica e la sostenibilità del sistema.



- Diventare un punto di raccordo tra università e territorio, ponendo le basi per la formazione dei futuri specialisti in medicina generale.

Verso una nuova specializzazione in medicina generale.

L'inserimento delle Case di Comunità in un modello integrato potrebbe rappresentare l'occasione perfetta per rivedere la formazione dei MMG. Oggi la medicina generale è l'unica branca senza una vera specializzazione universitaria. Le CdC potrebbero diventare il luogo ideale per istituire un percorso formativo più strutturato e integrato con l'università, garantendo ai giovani medici una preparazione adeguata alle sfide della medicina del territorio.

Non possiamo permetterci di affrontare questa transizione con una visione rigida e dicotomica, come se l'unica scelta possibile fosse tra un modello "tutti dipendenti" o "tutti convenzionati". La realtà è più complessa e richiede un approccio flessibile e progressivo, capace di valorizzare l'esperienza dei MMG convenzionati, mentre si costruisce una nuova generazione di medici di famiglia con competenze più integrate e un ruolo più centrale nella sanità pubblica.

Se davvero vogliamo un sistema sanitario più efficiente e moderno, dobbiamo smettere di ragionare in termini di contrapposizioni e iniziare a costruire soluzioni praticabili e sostenibili. La Casa di Comunità, con il suo potenziale di integrazione tra ospedale, territorio e formazione, potrebbe essere la chiave di volta che cercavamo da anni.