



## Rassegna Stampa



11.06.2024

*Decreto liste d'attesa: servono proposte comprensibili, ma nessuna forza politica è chiara*

Di Pina Onotri Segretario Generale dello SMI

Sanità e liste d'attesa: arriva il Decreto Legge. Forse dobbiamo ringraziare la campagna elettorale se il tema **sanità**, almeno per il momento, è tornato al centro dell'agenda politica del Paese e se ne parla: da parte del governo, che finora ha glissato sull'argomento, e delle opposizioni, che governando nei dieci anni precedenti hanno dato a loro volta un bel contributo allo smantellamento della Sanità Pubblica. In dieci anni sono stati chiusi circa 200 ospedali, altrettanti Pronto Soccorso, tagliati decine di migliaia di posti letti e quasi 50mila unità di personale sanitario in meno... Il governo Gentiloni con la modifica del titolo V della Costituzione ha posto le basi del **Regionalismo differenziato** che, ancora di più, acuirà le differenze in sanità tra Nord e Sud del Paese, e la cui realizzazione sarà portata a termine sicuramente dal governo Meloni.

Comunque prendiamo atto che, in un modo o nell'altro, si affronta l'annoso problema delle **liste d'attesa**; problema che si è intensificato soprattutto nel periodo post Covid, in quanto milioni di prestazioni rimandate non sono state mai del tutto recuperate, anche per patologie importanti come quelle oncologiche, anzi si sono sommate ai nuovi e sempre più numerosi ed emergenti bisogni di salute. La soluzione prospettata, però, non può essere quella di **acquistare** dal privato accreditato una quantità sempre maggiore di prestazioni. Perché acquistare prestazioni dal privato e non investire sul sistema pubblico e soprattutto sugli uomini e sulle donne che ci lavorano? Considerando che in tutti i momenti critici della pandemia è il **Servizio Sanitario Pubblico** che ha risposto all'appello.

Da sempre i privati erogano prestazioni a bassa complessità ma ad alto rendimento pecuniario, mentre nel Servizio pubblico trovano risposta bisogni costosi e ad alta complessità. Di questo bisogna tener conto, evitando di trasferire ulteriori prestazioni **verso soggetti privati** e impoverendo ancor di più il Ssn che perde, così, anche gli introiti dei pazienti che sono tenuti, tramite il pagamento del ticket, alla compartecipazione della spesa sanitaria. Non è, inoltre, sufficiente innalzare la spesa per l'assunzione di più personale per un importo pari al 15% dell'incremento del Fondo Sanitario rispetto a quello precedente. Il tetto di spesa per l'assunzione di personale medico e sanitario deve essere **abolito** e va parametrato rispetto al reale fabbisogno della popolazione, ristabilendo, nel contempo, una virtuosa staffetta generazionale tra professionisti che permetta di traslare competenze e saperi.



Le assunzioni fatte nel periodo della pandemia sono state tutte a tempo **determinato**, gran parte dei servizi sono stati ridotti o addirittura sospesi, con ricadute negative sulla salute delle persone. La ripresa delle attività ordinarie a tutt'oggi, complici anche i massicci pensionamenti del personale sanitario, stenta a decollare. Il rischio è che i fondi messi a disposizione per smaltire le liste di attesa **siano destinati tutti al privato**, anziché andare a rinforzare la ripresa delle attività nel Servizio Sanitario Nazionale, indebolendo ulteriormente l'offerta pubblica e aumentando il potere di mercato dell'imprenditoria italiana o estera che sia. E gli imprenditori, come si sa, hanno come obiettivo il business, non certo la salute.

Per invertire questa tendenza, c'è necessità di proposte **comprensibili** come 'meno armi e più salute', ma nessuna forza politica in campo è chiara sul tema, neanche in campagna elettorale. C'è necessità di investimenti massicci in linea con gli altri Paesi europei, come Francia e Germania, la cui spesa sanitaria rispetto al Pil si attesta rispettivamente sul 10,9% e il 13%, rispetto a noi che siamo al 6,3%, ben al di sotto della media Ocse e **sedicesimi** in Europa per spesa sanitaria pro capite. Intanto partiamo dal Decreto liste d'attesa e vediamo come va a finire. Ad oggi sono 4,5 milioni gli italiani che rinunciano alle cure perché non possono permetterselo.



Trentino, giornale  
on-line  
12.06.24

*Tonina: “L’impegno è continuare a lavorare per garantire ai nostri medici di poter operare al meglio per l’intera comunità”*

Sanità, sottoscritto l’Accordo integrativo provinciale per la medicina generale per il triennio 2016-2018

Aumento dei compensi per visite domiciliari e per le vaccinazioni antinfluenzali e anti-Covid, estensione a tutti i medici della possibilità di avvalersi di personale amministrativo ed infermieristico con riconoscimento di specifica indennità, aumento della cifra massima riconosciuta per ora di attività del collaboratore di studio, incremento delle indennità per l’acquisto del software di gestione della cartella clinica, comodato d’uso gratuito di apparecchiature sanitarie per la diagnostica di primo livello, indennità per chi svolge la propria attività in zone disagiate e per quanti accettano incarichi in zone rimaste prive di assistenza, aumento del compenso ai medici tutor della Scuola di medicina generale e rinforzo.

Sono queste alcune delle novità introdotte dall’Accordo integrativo provinciale per la medicina generale sottoscritto oggi pomeriggio presso la sede dell’Assessorato alla Salute tra la Provincia e le sigle sindacali dei medici, rappresentate da Nicola Paoli (Smi), Valerio Di Giannantonio (Fimmg) e Roberto Adami (Snami). Presenti per la Provincia l’assessore alla salute, politiche sociali e cooperazione Mario Tonina, la sostituta dirigente del Servizio professioni sanitarie, formazione e rapporti con l’Università Franca Bellotti, insieme a Grazia Pocher, per l’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari la direttrice del Distretto nord Chiara Francesca Marangon e la dirigente del Servizio acquisizione e gestione personale convenzionato Maria Cristina Ghiotto.

Soddisfatto per la sottoscrizione dell’accordo l’assessore Tonina. “Con il contratto riconosciamo l’importante servizio dei nostri medici nei confronti delle comunità e dell’intero sistema sanitario provinciale - le sue parole -. L’impegno preso è che la firma di oggi rappresenta la prima tappa di un percorso che proseguirà con l’avvio della trattativa per il triennio 2019-2021, nella convinzione che il lavoro dei nostri medici sarà in futuro ancora più prezioso e che mettere questi professionisti nelle condizioni di poter lavorare bene, significa migliorare la qualità e l’efficienza dell’intero sistema sanitario provinciale” ha spiegato Tonina.



10.06.2024

### [Accordo Fimmg lega Coop: le critiche dello Smi](#)

10 Giugno 2024

Facendo seguito ad alcuni articoli comparsi in questi giorni in merito al recente accordo firmato da Fimmg con Lega Coop, vorrei fare qualche considerazione che prende spunto dalla definizione di "mission" di un sindacato di categoria", così **Pina Onotri, segretario generale Smi**, sul recente accordo tra **Fimmg e Lega Coop**. "Riscopri un ruolo apicale in un organismo che ricordo, prima a me stessa, i Padri Costituenti scelsero di inserire in Costituzione per tutelarne la libertà e legittimarlo a difendere gli interessi dei lavoratori rappresentati, e anche di quelli che decidono di non farsi rappresentare da nessuno, all' interno dei luoghi di lavoro. Quindi i sindacati sono previsti dal dettato costituzionale. Ogni sindacato cerca, insieme alle tutele, di offrire servizi ai propri iscritti, ma quando un sindacato di tutela diventa esclusivamente un sindacato di servizi è chiaro che si è deragliato verso tentazioni imprenditoriali che, in maniera fin troppo pervasiva, stanno condizionando la stipula dei nostri contratti di categoria nel susseguirsi dei diversi Accordi collettivi nazionali degli ultimi dieci anni. Tutto questo ci sta portando verso una libera professione sempre più difficile da gestire per il singolo medico, sulle cui spalle, oggi, sono caricati tutti i rischi di impresa, con ben pochi utili e vantaggi, ma molti grattacapi sia di tipo amministrativo che organizzativo". "Qual è la soluzione offerta da Fimmg ai medici del terzo millennio? - si chiede Onotri - Trasformarsi in imprenditori o, alla lunga, per chi non sente il business come vocazione da perseguire in parallelo all'esercizio della nobile arte di Ippocrate, di diventare dipendente di un imprenditore? D'imprenditoria si occupa anche Enpam che si è offerta, 'gentilmente', di costruire o restaurare, con i soldi degli iscritti alla cassa, le cosiddette case della salute spoke date in comodato d'uso a gruppi di medici delle neo costituenti aggregazioni funzionali territoriali, nate nell'ultimo contratto. Quando l'impresa italiana o estera che sia, sarà entrata, come già ha avuto accesso, nella gestione della sanità territoriale, per i medici di famiglia, che rappresentavano l'ultimo baluardo in difesa di un sistema pubblico equo ed universale, non ci sarà più necessità di alcun sindacato, perché il contratto cooperativistico è preminente rispetto a contratto di lavoro, e la sanità non sarà più pubblica perché gli imprenditori, assumendosi il rischio di impresa, dovranno guadagnare, anche se il guadagno scaturisce dalla gestione della salute dei cittadini italiani".

"Con questo patto - precisa la leader Smi - si è aperta una porta alla dismissione di un altro asset strategico per il nostro Paese, al pari di altri che abbiamo svenduto a poche lire; mi riferisco alla sanità, alla salute e alla tutela dei lavoratori. Ma cosa succederà per chi ha scelto di fare il medico e basta? In difesa di chi vuole fare il medico e basta



non ci siamo sottratti, noi del Sindacato Medici Italiani, a ore di discussioni, in sede di trattative, per affermare l'importanza che gli studi dei medici di medicina generale quali presidi del Ssn. Abbiamo cercato di parlare di tutele, di pari opportunità, di riconoscimento dell'infortunio, di possibilità di part time, di riconoscimento dello straordinario, di necessità di una formazione specialistica universitaria per la medicina generale denunciando il grave rischio che le scuole di formazione regionale, gestite da chi ha la tessera sindacale giusta in tasca, magari adesso vengano affidate alle cooperative. Ma abbiamo ricevuto tanti no. Una sanità pubblica non 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 necessità di intermediari. In questo senso abbiamo già visto come è andata a finire con i medici a gettoni negli ospedali". "Con il nuovo contratto, appena firmato - precisa Onotri - sono previste 38 ore di lavoro nelle case di comunità ed è contemplata l'obbligatorietà di apertura di uno studio esterno, non crediamo che molti giovani accetteranno di lavorare in un sistema che rende il lavoro del medico di medicina generale sempre più una corsa ad ostacoli. Allora saranno altri i soggetti che ricopriranno gli spazi lasciati vuoti a detrimento della salute dei cittadini. L'indipendenza, la capillarità, l'accessibilità dei medici di medicina generale sono state le armi vincenti di un sistema pubblico che, producendo salute, ha realizzato benessere sociale e ricchezza e quelli della mia generazione, con orgoglio, hanno sentito l'appartenenza a questo servizio al pari di una medaglia al valore appuntata sul camice".



TOSCANA  
TODAY  
14.06.2024

In Lombardia i farmacisti sostituiranno i medici?

14/06/2024

di BEATRICE BARDELLI – Intervista al dottor Lino Focà presidente regionale del sindacato SMI (Sindacato Medico Italiano) della Lombardia.

Martedì 28 maggio la Regione Lombardia ha approvato una delibera (DGR XII/2405) sulla sperimentazione dei nuovi servizi nelle Farmacie, cosiddette di comunità, riguardo la telemedicina, riconciliazione della terapia farmacologica, etc.

**Questa decisione ha immediatamente allarmato** il presidente regionale del sindacato SMI (Sindacato Medico Italiano) Lombardia, **il dottor Lino Focà**, che ha definito la delibera come “un tentativo mascherato di creare delle attività prettamente di tipo ambulatoriale, quindi medico, all’interno delle Farmacie stesse”. E senza perdere tempo ha inviato alla stampa un comunicato in cui dichiara testualmente che **“Gli autori, ideatori, promotori di questo progetto, guarda caso, sono dei Farmacisti “prestati” alla politica a livello nazionale sotto la spinta della potente Federfarma”**. Un’accusa decisamente forte ma che rivela la profonda passione del dottor Focà per la professione di medico che ha sempre difeso a nome dell’intera categoria e che ha sempre svolto con meritevole abnegazione personale. Nel comunicato, il dottor Focà continua con una battuta ironicamente amara: “Peccato che fingano di non sapere o volutamente ignorino che gli atti della cosiddetta sperimentazione di nuovi servizi – a meno di non voler esercitare abusivamente la professione medica con inevitabile violazione di legge – siano atti che rientrano nelle competenze del Medico, che dopo aver visitato il paziente, formula una diagnosi e prescrive una cura. Tutt’altro è il compito del Farmacista”.

#### **Una domanda spinosa**

“Si ritiene, forse – ha scritto Focà – che aver concesso in passato a questa categoria di professionisti di poter allestire i loro spazi a bazar, dove vendere prodotti tipicamente di altre attività commerciali, e aver concesso in periodo Covid la possibilità di effettuare tamponi, di essere punti di prelievo ematochimici e di somministrazione di vaccini (il tutto sempre adeguatamente remunerato), sia titolo per legittimare un’ingerenza nei compiti e nelle prerogative del medico, senza bisogno di alcuna abilitazione all’esercizio dell’attività medica?”



### **Dottor Focà, i medici diventeranno passa carte???**

“Di fatto con questa delibera, con assoluta aberrazione, è il farmacista la figura professionale di riferimento per il paziente, mentre compito del Medico di Medicina Generale e/o Pediatra di Libera Scelta (MMG/PLS) sarà solo la semplice trascrizione di una ricetta bianca. Trascrizione di un desiderio espresso da un paziente, su suggerimento del farmacista, il quale viene remunerato per una prestazione che non rientra affatto nei suoi compiti e nelle sue valutazioni professionali e che menoma alle basi la gestione di una corretta tutela della salute pubblica”.

### **Che conseguenze prevede?**

“Le conseguenze più dirette si potrebbero ipotizzare in un aumento delle prestazioni sanitarie e nell’intasamento degli studi medici da parte di pazienti che si presenterebbero allarmati per dubbie alterazioni dello stato di salute. Inoltre, il mancato coinvolgimento in prima persona del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, presenti in modo capillare su tutto il territorio nazionale, denota un ennesimo tentativo di scavalcare una figura professionale che svolge un ruolo complesso ed articolato, che va dalla prevenzione alla diagnosi ed alla cura, oltre che alla presa in carico dei pazienti soprattutto cronici, elemento fondamentale della nostra attività quotidiana”.

### **Ma come si è arrivati a tutto questo?**

“Probabilmente perché MMG/PLS sono sempre stati percepiti come una categoria di singoli professionisti, divisi anche nelle sigle sindacali, che in momenti difficili come questi non sono in grado di coalizzarsi e respingere al mittente progetti indecenti come la delibera in questione. La risposta tiepidina del Sindacato maggioritario della categoria e quella, al momento assente, del Sindacato che da anni governa l’Ordine dei Medici di Milano, permette a Federfarma di procedere unita stravolgendo con iniziative inutili e dispendiose il Servizio Sanitario Regionale. Sarebbe forse più utile e produttivo se le stesse risorse, anziché alle Farmacie, fossero rivolte agli studi dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, in qualunque forma di aggregazione siano presenti sul territorio. Si otterrebbe così la riduzione delle liste di attesa della popolazione con la massima attenzione alla spesa pubblica”.

### **A questo punto, che cosa propone dottor Focà?**

“Invitiamo a tutti colleghi a leggere attentamente la delibera e comprenderne i risvolti che la sua applicazione comporta sulla nostra professione. Diventa prioritario potenziare e rafforzare la figura del Sindacato nella speranza di poter a breve



sovertire le sorti dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Milano e far sì che certe delibere di legge non vengano nemmeno proposte”.

**quotidianosanità.it**

18.06.2024

Nuovo CCNL della dirigenza medica. Pozzi (Smi Veneto): “Incongruente la norma sull’orario di lavoro”

*“La professione medica - afferma - rimane sostanzialmente refrattaria a modelli organizzativi improntati a criteri meramente economici. Infatti, la professione del medico, permeata di rilevante autonomia, risulta difficilmente conciliabile con una programmazione dettagliata delle prestazioni e con la predisposizione di rigidi schemi di attività e orari predefiniti”*

“Il nuovo CCNL della dirigenza medica ha iniziato il suo iter applicativo in sede decentrata sulle materie previste dall’art. 7. Tra queste la nuova disciplina dell’orario di lavoro introdotta dall’art 27, comma 3, appare permeata d’incognite nella traduzione operativa”. Così **Alberto Pozzi**, Presidente Regionale del Sindacato Medici Italiani e Vice Presidente Regionale Federazione Veterinari Medici e Dirigenti Sanitari Veneto.

“Bisogna in premessa considerare - prosegue - che la professione medica rimane sostanzialmente refrattaria a modelli organizzativi improntati a criteri meramente economici. Infatti, la professione del medico, permeata di rilevante autonomia, risulta difficilmente conciliabile con una programmazione dettagliata delle prestazioni e con la predisposizione di rigidi schemi di attività e orari predefiniti. Per questo risulta intuitivo che mappare puntualmente l’eccedenza oraria dei dirigenti sanitari pubblici con strumenti matematici, come richiesto dall’art 27, non risolve la variabilità delle fattispecie organizzative nei setting assistenziali. Serve osservare che l’orario generato dall’applicazione dell’algoritmo per stabilire il monte ore compensato dal trattamento di risultato genera un numero di ore largamente inferiore rispetto alla media di ore rese in eccedenza dalla maggior parte dei medici ospedalieri. Questa situazione implica che alla fine il contratto ha sancito di fatto la strutturazione di ore eccedenti nell’orario di lavoro, a costo zero, e contestualmente un numero rilevante di ore eccedenti l’eccedenza dovranno essere recuperate a giornata intera con ricadute insostenibili per le amministrazioni aziendali già in difficoltà per le carenze di professionisti”.

“È possibile pertanto - conclude - che le amministrazioni regionali e locali facciano pressione sui direttori di UOC responsabili del controllo e della validazione dell’eccedenza oraria prodotta dai collaboratori. Il controllo e la validazione tuttavia



prevedono che siano disponibili strumenti oggettivi di programmazione dell'attività di servizio , come la definizione dei tempi della prestazione e dei piani di lavoro e che ci sia una dotazione di personale adeguata agli obiettivi prestazionali richiesti. Nella situazione attuale la programmazione in questi termini appare virtuale e l'eventuale forzatura avrebbe come conseguenza una disaffezione collaborativa che non sarebbe comunque governabile anche con strumenti disciplinari. Dopo queste considerazioni la mia opinione è che il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro non risolverà l'annoso problema dell'eccedenza oraria a genesi multifattoriale perché l' art 27 irrigidisce ed ingessa l'organizzazione del lavoro peggiora il clima organizzativo , rende virtuale il ristoro del credito orario e incrementa il contenzioso amministrativo”.



AUTONOMIA: MEDICI SMI, 'LEGGE CANCELLA DIRITTO UNIVERSALE ALLA SALUTE' = Onotri, 'appello a colleghi, cittadini, associazioni malati e sindacati per iniziative che la fermino' Milano, 19 giu. (Adnkronos Salute) - "L'autonomia differenziata approvata oggi alla Camera dei deputati diventerà legge", una legge che "cancella il diritto universale alla salute", dichiara Pina Onotri, segretario generale del Sindacato medici italiani. "Si correrà il rischio - avverte in una nota - che non sarà più certa l'esigibilità dei diritti e l'accesso alle prestazioni sanitarie, alla tutela della salute, in modo uniforme in tutto il Paese, a scapito di quanto prevede l'articolo 32 della nostra Costituzione". "Con questo provvedimento - osserva la leader sindacale - il sistema sanitario sarà finanziato regionalmente: le entrate verranno raccolte e utilizzate solo all'interno della stessa Regione, non più distribuite su tutto il Paese. Ciò comporterà che le risorse necessarie per l'assistenza dipenderanno dalla capacità fiscale specifica di ogni territorio, non più dalle effettive esigenze sanitarie e di salute della popolazione. Quello che verrà a mancare è un vero e proprio meccanismo di solidarietà, uno strumento per mitigare, ridurre e prevenire le disuguaglianze sulla salute delle persone. Senza criteri veramente solidali e centralizzati, tenuto conto di tutte le debolezze che le Regioni hanno mostrato nella lotta al Covid - sottolinea Onotri - le risorse pubbliche per i Lea (ovvero le entrate regionali e le integrazioni dello Stato) non saranno in grado di soddisfare i bisogni di salute differenziali della popolazione. Occorreva inoltre definire meglio alcuni Livelli essenziali di prestazioni (Lep), in modo da garantire stessi servizi e diritti in tutto il Paese". "Per quanto riguarda la contrattazione integrativa regionale per l'area della medicina convenzionata del Servizio sanitario nazionale - prospetta ancora il vertice Smi - si metterà in atto una concorrenza fra Regioni che provocherà un ulteriore trasferimento di personale nelle Regioni più ricche, determinando un aumento della mobilità interregionale, in particolare dal Sud al Nord, con un incremento delle disuguaglianze; stessa situazione potrà realizzarsi per le professioni mediche e sanitarie dipendenti del Ssn. L'autonomia differenziata reintrodurrebbe, di fatto, le gabbie salariali e metterebbe seriamente a rischio la contrattazione collettiva a livello centrale. Facciamo appello, per queste ragioni, a tutti i colleghi, ai cittadini, all'associazione dei malati, ai sindacati della categoria medica - conclude Onotri - affinché si realizzano iniziative nel Paese che fermino l'autonomia differenziata e rilancino il Ssn equo, universale e pubblico.



Paola, sos dello Smi: «Manca personale sul territorio»

# Carenze in ospedali e Guardie mediche

## Con l'aumento della popolazione 118 a rischio

**Francesco Maria Storino**

**PAOLA**

Si prospetta un'estate rovente per la sanità del litorale tirrenico cosentino. Da anni il Sindacato medici italiani (Smi) ha lanciato l'allarme sulle gravi carenze dei servizi sia territoriali, che ospedalieri per l'afflusso dei vacanzieri.

«In passato - si spiega - esisteva nel periodo estivo un servizio di Guardia medica, che faceva fronte alle richieste ed evitava l'accesso improprio agli ospedali. Da tempo questo ottimo servizio è stato abolito. Ma il fatto ancora più grave è che il servizio funzionante nelle ore notturne e nei festivi è diventato occasionale. In molti comuni tale presidio è scomparso, mentre solo occasionalmen-

te funziona in altri. Mancano medici disponibili ed anche qui lavorano sanitari che hanno rinviato il loro pensionamento o addirittura medici di famiglia che hanno accettato di coprire delle ore in questo servizio».

Ancora più grave e drammatica è la situazione dell'emergenza, in particolare del 118: «Un servizio da cui dipende la possibilità di salvezza, in occasioni di gravi eventi. Nonostante la Regione abbia finalmente regolarizzato il passaggio a dipendenza di questi operatori, cosa che lo Smi chiedeva da anni, la carenza di personale medico fa sì che spesso le ambulanze intervengano senza medico a bordo. Sino a qualche giorno fa nella postazione di Paola prestavano servizio due soli medici del 118».

Molti medici sono andati in pensione e non vi è più l'attrattiva per

questo settore. I giovani rifiutano per molteplici motivi: il carico enorme di lavoro, l'eccessiva burocratizzazione, la mancanza di alcuni elementari diritti dei lavoratori. «Le famose aggregazioni di medici - spiega Smi - tantosbandierate dalla politica spesso sono delle pure esemplificazioni di sigle. A Paola vi sono due aggregazioni di medici, cosiddette Aft, dove realmente esiste la presenza di un medico e di un infermiere, dodici ore al giorno, tali presidi andrebbero potenziati con personale infermieristico e la presenza di specialisti per le branche più importanti».

Torniamo agli ospedali. «La situazione dei tre presidi ospedalieri è drammatica. Praia a Mare è una struttura muraria quasi vuota con qualche ambulatorio, immaginate cosa succederà in questi mesi con l'enorme flusso di turisti». Gli ospedali di Paola e Cetraro non sono in grado di dare risposte adeguate: «L'eterna contesa non serve. La realtà è che non vi sono medici sufficienti, neanche a coprire i turni in un solo ospedale e questi ospedali non sono neanche attrattivi. Come si potrà far fronte alle richieste con soli quattro anestesisti. Altro che due presidi con questi numeri non si garantisce neanche h24, se non a costo di enormi sacrifici da parte degli operatori. La Chirurgia ha nove medici chirurgici di cui cinque sono cubani e con questi numeri si riesce a garantire, sempre con sacrificio, il servizio per una sola Chirurgia».



Ospedale "San Francesco" Tra i presidi sanitari che soffrono di più

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL TIRRENO

Domenica 9 Giugno 2024 3

I PROBLEMI DELL'ESTATE



# Sos sanità: a rischio sulla costa la guardia medica per i turisti

**La denuncia dello Smi** «In alcune zone la copertura è di una postazione su quattro. Per questo si è costretti a fare anche svariati chilometri per trovarne una attiva»

**P**ochi dottori per coprire le postazioni di guardia medica turistica, avamposti del servizio sanitario pubblico per evitare il congestionamento dei reparti di pronto soccorso degli ospedali della costa toscana. I bandi delle Asl toscane sono usciti ad aprile, le domande dovevano pervenire entro le scadenze indicate nel mese di maggio, ma gran parte dei territori risultano in sofferenza.

«In alcune zone della costa – spiega il dottor Giorgio Fabiani, segretario regionale del Sindacato Medici Ita-



**Giorgio Fabiani**  
segretario regionale Sindacato Medici Italiani

## Un servizio importante per evitare il boom di accessi impropri nel pronto soccorso degli ospedali sul litorale

liani (Smi) – la copertura è di una postazione su quattro; un turista deve fare svariati chilometri per raggiungere la prima disponibile. All'isola d'Elba c'è un problema nel coprire tutte le postazioni». Ma la carenza di guardie mediche turistiche è solo la punta dell'iceberg del problema dei problemi del servizio sanitario pubblico: la mancanza generalizzata di medici, che a cascata si fa sentire ovunque sui territori e nei servizi.

La guardia medica turistica per i villeggianti, così come la guardia medica per i cittadini residenti, «sono servizi che cercano di togliere accessi al pronto soccorso – prosegue Fabiani –, per gran parte veniva coperto da medici specializzandi e, per alcuni turni, da medici di medicina generale. Adesso, con le nuove regole, i primi hanno la possibilità di lavorare nei reparti ospedalieri affini alla propria specializzazione, mentre i secondi, i



**Massimo Angeletti**  
referente medici di medicina generale della provincia di Livorno e segretario provinciale Fimmg



## Le tariffe

Si pagano 10 euro per una ricetta 15 o 25 per la visita

Assistenza medica ai turisti, visite ambulatoriali, visite domiciliari: sono queste le prestazioni erogate dal servizio di guardia medica turistica ai turisti che vi si rivolgono. A cui si aggiunge un servizio di primo soccorso, rivolto però anche ai cittadini residenti.

Per usufruire del servizio, il turista deve versare tariffe previste dall'Asl (uniformate a livello regionale). Si pagano dieci euro per una ricetta richiesta dal paziente (in alternativa, può richiedere la ricetta elettronica tramite sms al suo medico di famiglia senza alcun costo); quindici euro per una visita ambulatoriale e venticinque per una visita domiciliare.

Per individuare la collocazione dei punti di guardia medica turistica bisogna consultare i siti internet delle Asl toscane. Quanto agli orari di apertura, solo diurni, sono in seguito su tutta la costa: dalle 9 alle 13 la mattina e dalle 14 alle 19 il pomeriggio.

– è un servizio importante, inteso come continuità del proprio medico di famiglia. Non si sovrappone al pronto soccorso, che è dedicato alle urgenze vere». Anche il dottor Angeletti sottolinea che la situazione della guardia medica turistica «riflette la carenza generalizzata di medici ospedalieri, di medicina generale e continuità assistenziale. Purtroppo il numero chiuso alle facoltà di Medicina ha ridotto il numero di medici, in ospedale il personale è sottodimensionato e anche per la guardia medica è così».

**In Versilia**  
In prima battuta, purtroppo, «dobbiamo fare i conti con una carenza generalizzata di medici di famiglia in Versilia – è la considerazione di Alessandro Squillace, coordinatore dei medici di famiglia della provincia di Lucca e segretario provinciale Fimmg –. Come medici di assistenza primaria ab-

## Nel Livornese allo stato attuale la copertura è dell'80%. In Versilia è allarme per la carenza di medici di famiglia



**Alessandro Squillace**  
coordinatore medici di famiglia della Versilia e segretario Fimmg della provincia di Lucca

medici di base, hanno talmente tanti pazienti da non poter trovare il tempo per coprire anche il servizio per i turisti».

In previsione, potrebbe essere l'ultimo anno di un servizio così configurato. Un aspetto che si lega all'imminente entrata in vigore (dal 1° gennaio 2025) del nuovo contratto di lavoro, che prevederà, per i medici di medicina generale, il ruolo unico, «Significa – spiega Fabiani – che terminate le ore in ambulatorio, il medico dovrà coprire altre nelle case della salute, e probabilmente anche i servizi collegati. I

medici, così configurati, saranno dei convenzionati con molti obblighi: c'è da aspettarsi altre fughe verso il privato, che potrebbe andare a coprire le lacune del servizio pubblico. Non dimentichiamo che anche l'ultima riorganizzazione del 118, di fatto, ha ridotto gli organici dei medici».

**Sulla costa livornese**  
«Nelle località della costa livornese le postazioni di guardia medica turistica sono coperte all'80 per cento – spiega Massimo Angeletti, segretario provinciale Fimmg di Livorno e rappresen-

tante del dipartimento di medicina generale dello stesso territorio –, Direi che il quadro è sovrapponibile a quello dell'estate 2023. Nel nostro territorio, dal 15 giugno saranno attive le postazioni di guardia medica turistica a Marina di Castagneto, Bibbona, Castagneto Carducci, San Vincenzo; dal 1° luglio dovrebbero entrare in attività anche Rosignano e Vada: ma è ancora da decidere se le postazioni saranno coperte oppure una sola, e in questo caso sarebbe quella di Vada, località più turistica di Rosignano. La guardia medica turistica – aggiunge

Una dottoressa mentre visita un paziente (foto di archivio)

biamo 22 carenze nell'area sud della Versilia e 13 in quella nord; ultimamente ci sono stati sette arrivi, ma i posti scoperti sono ancora tanti. Anche la carenza di personale per la guardia medica è importante. Se la postazione di guardia medica turistica non è presente, il turista può comunque rivolgersi agli ambulatori dei medici di medicina generale, pagando un ticket di 25 euro. Laddove è possibile, il servizio di guardia medica turistica è sicuramente preferibile», conclude il dottor Squillace. ●

IN FOTOCOPIAZIONE: ROSSINI/ANSA