

# il Punto



Sindacato  
dei Medici  
Italiani

A cura dello **S.M.I. Basilicata**  
Sindacato dei Medici Italiani



Federazione  
Veterinari e Medici

## ECCO L'ITALIA CHE LAVORA

Grande soddisfazione per la riuscita della manifestazione nazionale "Diritto alla Cura, Diritto a curare". Grande partecipazione di medici provenienti da tutta Italia. A Roma il 27 ottobre sono scesi in piazza per difendere la Sanità pubblica, il lavoro e la professionalità di migliaia di medici e dirigenti del Ssn. Dietro lo striscione del Sindacato dei Medici Italiani, hanno sfilato professionisti della dirigenza e della convenzionata, dell'ospedalità, del territorio e dell'università, giovani specializzandi e in formazione specifica in mg: medici del Servizio Sanitario Nazionale, senza distinzioni e micro frammentazioni corporative, orgogliosi di poter rivendicare il ruolo di difensori di un diritto sancito nella nostra Costituzione: quello alla salute.

...CAMBIA IL MONDO, CAMBIA LA DOMANDA DI SALUTE...

# IL SINDACATO DEI MEDICI ITALIANI CONTRO I TAGLI E PER UNA VERA RIFORMA DELLA SANITA'

### PER UNA VERA RIFORMA DELLA SANITÀ, UNA RETE DI PROPOSTE PER APRIRE UN CONFRONTO

Lo sciopero del 27 ottobre scorso a Roma è stata una manifestazione contro i tagli del Governo e contro il tentativo di smantellamento del Servizio Sanitario Nazionale. E' stata l'occasione per avanzare una proposta forte per una piattaforma comune dei medici per valorizzare i professionisti del Ssn, normativamente e economicamente, ma anche per ipotizzare una seria riorganizzazione della rete ospedaliera e delle cure primarie. Ecco alcuni spunti, in sintesi, per settore:

#### IMEDICI DELL'ASSISTENZA PRIMARIA propongono:

1. no a modelli rigidi, sì ad aggregazioni funzionali che valorizzino l'offerta di servizi presenti nel territorio, a partire dalla rete di ambulatori dei medici di famiglia già esistenti. Centralità dell'integrazione con la guardia medica, i pediatri e gli specialisti ambulatoriali
2. sul piano normativo: tempo pieno, ruolo e accesso unico
3. ristrutturazione del compenso, con una forte rivalutazione delle spese sostenute per la produzione dell'assistenza, scorporando l'onorario professionale dai costi di gestione e del personale
4. intervento sui carichi organizzativi a carico della categoria: siamo medici non burocrati



Sindacato  
dei Medici  
Italiani

#### CHI SIAMO

S.M.I. – Sindacato dei Medici Italiani

Il 19 novembre 2006 è stata una giornata storica per il sindacalismo medico: a Tivoli (RM), le organizzazioni sindacali Cumi-Aiss, Unamef, Sem ed Api, hanno dato vita a una nuova associazione sindacale denominata Sindacato dei Medici Italiani (S.M.I.).

Il sindacato è per composizione (con medici che operano in tutti i settori della sanità) e rappresentatività un elemento di novità, unico, in un panorama nazionale caratterizzato dalla presenza di realtà rigidamente strutturate per settore di appartenenza professionale.

Una nuova formazione, quindi, con grandi ambizioni, in grado di saldare gli interessi delle diverse generazioni di medici, capace di parlare a tutti i settori del lavoro del mondo medico del SSN: ospedalieri, pediatri, medici di famiglia, guardie mediche, specialisti ambulatoriali, medici in formazione, medici addetti ai servizi e all'emergenza e al 118. Un'organizzazione, quindi, che integra e valorizza le diverse professionalità sia del comparto dipendente sia di quello convenzionato. Oggi lo SMI ha una presenza capillare in tutta Italia, con sezioni sindacali in ogni regione.

È, inoltre, fondatore della Federazione Veterinari e Medici (Fvm), con un patto con il sindacato maggioritario dei veterinari, il Sivemp e quindi siede al tavolo della dirigenza del Ssn. Ma anche socio di SMI-Unp (Federazione Pediatri), e di Federazione Medici, sigle rappresentative rispettivamente della Pediatria di Libera Scelta e della Specialistica

segue da pag. 1

5. che il Distretto sia il punto di riferimento delle attività della medicina generale (anche per il completamento orario)
6. impegno sulla formazione specialistica e sull'applicazione dei principi della medicina di famiglia del Wonca
7. incentivazione e meccanismi premianti per i sistemi e gli strumenti di comunicazione
8. di respingere al mittente la proposta (di alcuni sindacati, Fimmg, Fimp, Sumai) di innalzamento dell'età pensionabile fino a 70 anni per i medici convenzionati

**I MEDICI DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE dello SMI propongono:**

1. Ruolo unico: accesso unico a tempo pieno.
2. Riconoscimento delle tutele (maternità, ferie, malattia)
3. Riconoscimento del lavoro usurante notturno
4. Coordinamento distrettuale delle attività.
5. Maggiore sicurezza sui luoghi di lavoro
6. Difesa della dignità della professione
7. di respingere al mittente la proposta (di alcuni sindacati, Fimmg, Fimp, Sumai) di innalzamento dell'età pensionabile fino a 70 anni per i medici convenzionati

**I MEDICI DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA chiedono:**

1. la possibilità per il medico di MG del completamento orario, fino al raggiungimento delle 38 ore, nell'ambito della SAI se in possesso di SPECIALIZZAZIONE;
2. che i poliambulatori siano strutture PUBBLICHE e chiede che siano i medici del territorio del Ssn che operino in queste strutture;
3. che il budget assegnato non sia impiegato in strutture non PUBBLICHE per le erogazioni di prestazioni cliniche;
4. che si assicuri il potenziamento strutturale e tecnologico dei poliambulatori di tutte le

strutture territoriali;

5. di migliorare la formazione di tutte le figure operanti nelle strutture territoriali;
6. la fine del blocco del turn-over;
7. di respingere la proposta di rinnovo della convenzione a costo zero;
8. di respingere al mittente la proposta (di alcuni sindacati, Fimmg, Fimp, Sumai) di innalzamento dell'età pensionabile fino a 70 anni per i medici convenzionati

**118, AREA DELL' EMERGENZA - URGENZA**

**IMEDICI CONVENZIONATI DEL 118 dello SMI propongono:**

1. che si ribadisca la centralità dell'Emergenza sanitaria territoriale nel SSN e la necessità di garantire a questo Servizio adeguate risorse per un'improrogabile revisione qualitativa del sistema
2. che si definisca il definitivo passaggio a Dirigenza dei medici convenzionati
3. la stabilizzazione dei medici precari
4. che si metta fine alla disparità di trattamento tra medici che operano attualmente all'interno dello stesso servizio con diverse tipologie di contratto (dipendenza, convenzione, contratti atipici) e con diverse tutele economico-giuridiche e previdenziali a parità di funzione
5. un incremento della formazione specifica prevedendo posti riservati nelle scuole di specializzazione di emergenza-urgenza o Master specifici per i medici 118 operanti nel sistema
6. Lo SMI ricorda, inoltre, che i medici del 118 stanno collaborando da molti anni in molte regioni d'Italia nell'attività di tanti Pronto Soccorsi e Punti di Primo Intervento colmando i gravi problemi di organico dei dipartimenti di Emergenza-urgenza.
7. di respingere al mittente la proposta (di alcuni sindacati, Fimmg, Fimp, Sumai) di innalzamento dell'età pensionabile fino a 70 anni per i medici convenzionati

**I MEDICI DIRIGENTI del 118. Il 118 e il Pronto Soccorso sono due punti nevralgici del Ssn, diverse le criticità da risolvere:**

1. numero insufficiente di professionisti

2. numerosi contratti atipici, senza adeguate tutele
3. Il 118 e il P.S. dovrebbero rappresentare il fiore all'occhiello della Sanità. Lavoriamo quotidianamente perché ciò avvenga, senza ingerenze da parte di un sistema burocratico-amministrativo-politico che ci vuole limitare nella nostra autonomia e professionalità, con tagli indiscriminati, che inevitabilmente si ripercuotono sui pazienti più deboli, ma anche su chi con abnegazione ha scelto di lavorare nel campo dell'Emergenza.

**I PEDIATRI DELLO SMI chiedono:**

1. che si preveda di fare una programmazione di copertura con la formazione di nuovi Pediatri (e non ridurre il numero di Specializzandi);
2. di stanziare fondi sia a livello nazionale che regionale per questa area;
3. che si formino figure professionali di Equipe, stabilendo chiaramente le loro funzioni;
4. che si adotti il ruolo unico specialistico Pediatrico Territorio - Ospedale;
5. che si forniscano strutture adatte.
6. di respingere al mittente la proposta (di alcuni sindacati, Fimmg, Fimp, Sumai) di innalzamento dell'età pensionabile fino a 70 anni per i medici convenzionati.

**I MEDICI IN FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE chiedono:**

1. l'intassabilità della Borsa;
2. l'introduzione di attività professionalizzanti;
3. l'introduzione dei crediti formativi;
4. il giusto riconoscimento dell'attività di insegnamento della medicina generale;
5. la modifica dei test di ingresso e il pieno rispetto del fabbisogno programmato di medici di famiglia da formare. È inaccettabile che l'anno scorso in molte regioni siano rimasti posti vacanti, considerando che ci avviamo nei prossimi anni ad una carenza di medici in questa area;
6. coincidenza delle date degli esami di ingresso ai corsi di Specializzazione e di Formazione Specifica in MG.
7. di respingere al mittente la proposta

(di alcuni sindacati, Fimmg, Fimp, Sumai) di innalzamento dell'età pensionabile fino a 70 anni per i medici convenzionati

### **I MEDICI RICERCATORI DELL'UNIVERSITÀ propongono:**

1. il reclutamento di nuovo personale universitario in base alla legge 240/10.
2. che il FFO assegnato agli atenei dal MIUR per il reclutamento di ricercatori debba essere vincolato all'istituzione di tipologie contrattuali di tipo "tenure track".
3. che si intervenga sul problema del precariato nelle università, un fenomeno che ha una portata che non può essere ignorata. Proponiamo per i prossimi tre anni, recependo appieno le novità introdotte dalla legge di riforma universitaria 240/10, che:
4. il FFO assegnato agli atenei dal MIUR per il reclutamento di ricercatori dovrà essere vincolato alla stipula di contratti di ricerca ai sensi della legge 240/10, art. 24, comma 3 lettera (b), ovvero di ricercatori a tempo determinato esclusivamente di tipo (b).
5. gli atenei che hanno istituito contratti di ricerca ai sensi della legge 230/2005, art.1 comma 14, beneficeranno per i corrispondenti SSD di un contributo ministeriale aggiuntivo in termini di punti organico nella misura di 0.1 per ogni 6 anni complessivi di contratti.
6. qualora gli atenei istituiscano contratti ai sensi del comma 2 con i titolari almeno per un triennio di contratti di ricerca ai sensi della legge 230/2005, art.1 comma 14, beneficeranno di un contributo ministeriale aggiuntivo di 0.2 punti organico.

### **DECRETO BALDUZZI**

**"Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute"**

**RIVOLUZIONE DEL RUOLO DEI MEDICI DELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE COME CAMBIA L'ACCORDO INTEGRATIVO PER LA MEDICINA GENERALE IN REGIONE BASILICATA**

**La sintesi di cosa si sta discutendo al tavolo tecnico In Regione Basilicata:**

Il Piano Regionale Integrato della Salute e dei Servizi alla Persona e alla Comunità per l'anno 2012-2015, approvato con Delibera del Consiglio Regionale n. 317 del 24 luglio 2012, declina come obiettivo primario la sostenibilità finanziaria complessiva del sistema, ottenibile da un lato attraverso l'eliminazione delle diseconomie derivante da un'organizzazione per molti aspetti rispondente a vecchie forme di assistenza, dall'altro sviluppando le sinergie interne del sistema, migliorandone la qualità ed elevandone l'attrattività.

La Basilicata è caratterizzata da un'estensione territoriale importante cui, però, corrisponde una dimensione di popolazione relativamente esigua con una bassa densità ed una grande frammentazione abitativa.

L'andamento dei tassi demografici sta producendo un sensibile decremento della popolazione con un conseguente aumento dell'invecchiamento medio. Invecchiamento che a sua volta genera un aumento della morbilità, specialmente sul versante cronico-degenerativo e di conseguenza un aumento della domanda di servizi legati alla non autosufficienza. Se a tutto ciò si sovrappone il peso dei tagli dei finanziamenti del servizio sanitario regionale, a causa della pesante crisi economico-finanziaria del Sistema Italia, ecco che la sostenibilità del nostro servizio sanitario nazionale e regionale (con le sue caratteristiche di universalità, uguaglianza e equità) è messo fortemente in crisi.

In questo contesto quindi l'appropriatezza dell'uso delle risorse è l'unica strada percorribile onde evitare il taglio delle garanzie del sistema di tutela della salute per le nostre popolazioni. Per perseguire questo obiettivo non si può non spostare la cura delle patologie, specie quelle cronico-degenerative, dall'ospedale al territorio dove è provato che la loro gestione a parità di efficacia è sicuramente più economica.

**L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)**

L'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) è un

insieme funzionale monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (Medici di Assistenza Primaria e Medici di Continuità Assistenziale).

L'AFT è il modello organizzativo atto a sviluppare il nuovo modello di continuità dell'assistenza nelle more delle novità introdotte dal Decreto Balduzzi. Nell'ambito della AFT sarà possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale.

L'Aggregazione Funzionale Territoriale costituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni sanitarie a livello territoriale finora identificato dal medico singolo.

L'obiettivo generale è quello dell'affidamento da parte dell'Azienda USL alla Medicina Generale della tutela della salute della popolazione assistita attraverso l'AFT

A regime le AFT saranno forme associative dei medici di medicina generale con lo scopo di perseguire le seguenti finalità:

Assistere nelle forme domiciliari ed ambulatoriali la popolazione che è in carico ai MMG che la compongono; Realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;

Valutare i bisogni della popolazione assistita;

Attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica;

Rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio, in particolare la cartella di dimissione e di ammissione all'ospedale, per una razionalizzazione dell'utilizzo della diagnostica effettuata prima e durante il ricovero. Attuare un collegamento informatico fra la Medicina Generale e le Aziende Sanitarie che preveda, laddove ne esistono le condizioni, la prenotazione delle prestazioni e l'inserimento automatico dei risultati nei database dei medici;

Sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti;

Partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;

Partecipare ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con il Dipartimento di Prevenzione;

**segue da pag. 1**

Ambulatoriale. Ha, inoltre, un accordo con Umi e Umus.

Forte delle proprie idee e del numero dei propri iscritti, in grande espansione, contrariamente alla disaffezione sindacale diffusa nel Paese e soprattutto fra i medici, è terza sigla della convenzionata con il 13% e quinta nella dirigenza con circa il 9%.

Dalla rete di conoscenze e saperi dello Smi si sono strutturati anche un Centro Studi e Ricerche e una società scientifica, l'Assimefac, quest'ultima anche provider accreditata Ecm e socio di Wonca Italia.

Cresciuta anche l'offerta editoriale multimediale, con un periodico di approfondimento culturale-sindacale, Prospettive Mediche, con una tiratura di 15 mila copie e una newsletter, Medico d'Europa Online a cadenza settimanale (una vera e propria testata con oltre 15 mila indirizzi) e un sito internet ([www.sindacatomedicitaliani.it](http://www.sindacatomedicitaliani.it)) con oltre 5 mila accessi mensili.

Organigramma SMI:

**Salvo Cali**, segretario nazionale - **Giuseppe del Barone**, presidente nazionale - **Ernesto La Vecchia**, segretario organizzativo e tesoriere nazionale - **Luigi De Lucia**, vice segretario nazionale - **Francesco Medici**, vice segretario nazionale - **Mirella Triozzi**, resp.le naz.le area dirigenza medica - **Maria Paola Volponi**, resp.le naz.le area Convenzionata

**segue da pag. 3**

Erogare, ove possibile, diagnostica di primo livello, anche utilizzando professionalità intrinseche nei medici che ne fanno parte. Queste prestazioni diagnostiche non hanno il significato di erogazione pura, ma sono inserite in un percorso di presa in carico del paziente. Obiettivo vincolante di tale azione è il miglioramento qualitativo dell'assistenza, la maggior appropriatezza della diagnostica, la riduzione degli accessi al DEA, oltre all'abbattimento delle liste d'attesa, anche in relazione all'applicazione del decreto sui codici di priorità. La produzione di diagnostica di primo livello è limitata ai pazienti dell'AFT.

Sviluppare la metodica dell'AUDIT e della PEER REVIEW quali strumenti di analisi e confronto, fra pari, sulle problematiche clinico-assistenziali

**L'AFT: (Aggregazione Funzionale Territoriale)**

è riferita ad una popolazione massima di 15.000 abitanti ed è composta da un minimo di 4 e un massimo 10 medici di assistenza primaria, singoli od associati e dai Medici di Continuità Assistenziale.

Al suo interno, ciascun MMG è titolare di

rapporto convenzionale a tempo indeterminato con previsione di piena occupazione, articolabile in attività oraria e attività fiduciaria;

I medici di assistenza primaria ed i medici di continuità assistenziale, provvedono autonomamente ad aggregarsi in AFT.

Nell'ambito di competenza, ciascun MMG garantisce agli assistiti che lo hanno scelto le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura previste nell'ambito del rapporto fiduciario e contribuisce in modo coordinato a erogare le prestazioni che gli accordi nazionali, regionali e aziendali attribuiscono alla AFT;

A regime ogni medico che fa parte della aggregazione monoprofessionale dovrà avere la possibilità di una piena occupazione attraverso i due inquadramenti, rapporto di fiducia e rapporto orario; tale obiettivo potrà essere realizzato attraverso il ruolo unico e il riallineamento del prossimo ACN rispetto a questi obiettivi. Nella prospettiva della ulteriore futura evoluzione dell'aggregazione funzionale nella forma organizzativa strutturale di tutte le cure primarie, le Aziende Sanitarie ricercheranno spazi nelle proprie strutture

in modo da poter concretizzare la possibilità di una sede, requisito necessario per la realizzazione della UCCP. Se ne esisteranno le condizioni, espresse nei documenti della programmazione aziendale, gli spazi potranno essere messi a disposizione dalle società di servizio della Medicina Generale, dalle amministrazioni comunali, dalle associazioni di volontariato e da altri soggetti.

**Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP)**

L'UCCP sono strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute della popolazione, ne fanno parte Medici di Medicina Generale e altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi. L'obiettivo generale è quello di fornire alle varie professionalità del territorio, una sede unica riconoscibile, alternativa alla sede ospedaliera, nella quale svolgere in maniera integrata tutte quelle attività utili ad

affrontare prima di tutto la cronicità in tutte le sue varianti ed in seconda istanza costituire un presidio valido ad assicurare le risposte alle domande di salute dei cittadini risolvibili a livello territoriale.

L'UCCP si sviluppa in strutture quali:  
Presidio distrettuale integrato -  
Riconversione di presidi ospedalieri o territoriali - Strutture comunali o comunque pubbliche - Strutture messe a disposizione da Società di Servizio della Medicina Generale, Cooperative Mediche

Standard Minimo delle UCCP  
Struttura idonea per una popolazione di riferimento non superiore a 30.000 abitanti.  
Medici di Assistenza Primaria (min. 5)  
Infermieri (minimo 2)  
Personale amministrativo (minimo 2).  
Altri operatori:  
Medici di Continuità Assistenziale.  
Specialisti ambulatoriali.  
Assistenti sociali.  
Pediatri di Libera Scelta



Edito dalla G.E.F.IM. sas

via P. di Piemonte n. 131 - CAMPOBASSO - tel/fax 0874/6.33.19  
www.gefim.eu - e-mail: info@gefim.eu

**REG. SPECIALE STAMPA:** Trib. CB 12.03.93 n. 203/93

**Direttore Responsabile:** Stefano CASTELLITTO

**Direttore Editoriale:** Vincenzo Filitti

**Progetto Grafico:** Gianfranco CICCONE


**SEDE REGIONALE BASILICATA**

Via Mario Pagano, 29  
85010 Vaglio Basilicata

**ORGANIGRAMMA SMI BASILICATA**

Segretario Regionale:

**Dr. Vincenzo Filitti** (Emergenza-118):

Cell: 3462327822 - vincenzofilitti@tiscali.it

Vice Segretario Regionale:

**Dr. Giuseppe Masciullo** (AP - CA): giusmasc@virgilio.it

Presidente Regionale:

**Dr. Armando Zampino** (Dirigenza): armandozampino@virgilio.it

Responsabile Regionale Area Dirigenza

**Dr. Vincenzo Frusci:** vincenzofrusci@virgilio.it

Responsabile Regionale Area Convenzionata:

**Dr. Emilio Iannelli** (Emergenza-118): eiannelli@libero.it