



Rassegna Stampa

quotidiano **sanità.it**

29.04.2024

Stop al test d'ingresso a Medicina. Iannantuoni (Assimefac): “Una scelta contraria al merito”

Per il presidente dell'Associazione Società Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e Comunità “proporre un accesso libero, anche se solo al primo semestre, comporterebbe una sproporzione tra numero di studenti e capacità didattica delle facoltà di medicina, sproporzione che renderebbe improponibile proprio uno degli obiettivi del disegno di legge, ovvero un'equa selezione basata sul merito”

29 APR - “Dopo l'adozione del testo unico al Senato in merito alle ‘Disposizioni in materia di abolizione del numero chiuso o programmato per l'accesso ai corsi di laurea in medicina e chirurgia e delle professioni sanitarie’, intendiamo esprimere le nostre perplessità, se non il nostro dissenso, su tale proposta legislativa”. A dirlo, in una nota, Leonida Iannantuoni, presidente di Assimefac (Associazione Società Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e Comunità).

“Il nostro disaccordo – spiega - non vuole essere una mera difesa corporativa della categoria, né tantomeno la tutela dello status quo, ma è basato sull'analisi della situazione delle quarantatré facoltà di medicina dislocate nel paese, totalmente impreparate all'accoglienza di decine di migliaia aspiranti alla professione medica. Ricordiamo che il numero chiuso, in vigore da 25 anni e introdotto per porre fine ad un'insostenibile pleora medica, ha generato una organizzazione logistica in termini di aule, laboratori, biblioteche e personale docente delle università, calibrata sull'accesso, per sede, di poche centinaia, se non di decine, di iscritti all'anno”.

Per Iannantuoni “proporre un accesso libero, anche se solo al primo semestre, comporterebbe una sproporzione tra numero di studenti e capacità didattica delle facoltà di medicina, sproporzione che renderebbe improponibile proprio uno degli obiettivi del disegno di legge, ovvero un'equa selezione basata sul merito”.

Per questi motivi, Assimefac esprime “contrarietà alla proposta e allo stesso tempo, consapevoli della situazione di sofferenza del Servizio Sanitario Nazionale per la carenza di personale medico, ribadiamo che siamo favorevoli al mantenimento del numero programmato per l'accesso alle facoltà mediche, basato, sulla determinazione del fabbisogno di personale medico, sulla capacità di offerta didattica delle varie sedi



universitarie e su una corretta programmazione”. “Riconoscendo l’impegno e la buona volontà espressa da tutti i componenti della Commissione Cultura del Senato, offriamo la nostra piena collaborazione a supporto di questa ed altre future proposte legislative in ambito sanitario”, conclude Iannantuoni.



29.04.2024

Medici e infermieri dal Sudamerica in Italia, Imerti (SMI): “Un tappabuchi che non funziona. Non conosciamo le loro competenze, investiamo sui nostri”

Far arrivare medici e infermieri dal Sudamerica in Italia è la soluzione proposta dall'assessore al Welfare, Guido Bertolaso, per sopperire alla mancanza di personale sanitario nel nostro Paese. Una situazione delicata e molto complessa, riscontrata soprattutto nella Regione Lombardia.

Bisogna far fronte a quest'esigenza, per garantire migliori standard di funzionamento del servizio sanitario nazionale, in sovraccarico dagli anni precedenti e praticamente ridotto in ginocchio nell'ultimo periodo, soprattutto dopo il Covid.

Le fila di medici e infermieri impegnati in prima linea negli ospedali, sono sempre più ridotte, sia a causa della problematica riguardante l'accesso a numero chiuso nelle università, ma anche per l'esodo dei professionisti verso l'estero, in cerca di condizioni contrattuali più favorevoli.

Per approfondire meglio la questione, Tag24 ha intervistato Rocco Imerti, segretario organizzativo regionale Lombardia Sindacato Medici Italiani (SMI).

Perché c'è carenza di medici e infermieri in Italia? Imerti: “I tempi per diventare professionista sono troppo lenti”

D: Siamo davanti ad una profonda carenza di personale medico e infermieristico in Italia, soprattutto in regioni come la Lombardia. Può spiegarci perché e qual è la situazione attuale?

R: I motivi sono molteplici e partono da lontano. Ai tempi in cui io andavo all'università (mi sono laureato a metà degli anni Novanta) già si parlava di questo problema ed erano state fornite delle date su eventuali crisi del sistema. Il 2015 veniva visto come data di un bug: in quell'anno ci sarebbe stato un calo di medici e del personale sanitario che avrebbe creato una crisi.

Poi il 2015 è arrivato ma nel frattempo non è stato fatto nulla. L'arrivo del Covid negli anni scorsi poi ha scoperto tanti altri problemi e ha fatto venire alla luce la carenza di personale. C'è anche un altro discorso: le facoltà di medicina a numero chiuso. Sono state istituite verso la fine degli anni Ottanta, prima di quel tempo c'era una sovrabbondanza di gente che si presentava nelle università. Erano davvero tantissimi.

Allora pian piano si è ridotto questo numero chiuso, si è passato dai mille del primo anno fin a scendere addirittura a 100 unità. C'è da tenere in considerazione che di



questi cento che si iscrivevano, non tutti poi arrivavano alla laurea, o almeno non ci arrivavano in sei anni, per cui è chiaro che si è creata una carenza.

Adesso si cerca di contrastare il fenomeno andando nella direzione opposta, però ci sono dei tempi da tenere in considerazione perché una persona che si iscrive a medicina fa sei anni di corso di laurea, poi come minimo altri tre anni sono investiti in un corso di formazione per medicina generale o quattro per un'altra specializzazione. Alla fine il conto arriva a dieci anni totali, quindi è chiaro che i risultati del percorso si vedranno dopo una decade.

Imerti, carenza di medici e infermieri: “Oggi i dottori in Italia sono costretti a fare i burocrati”

Rocco Imerti poi continua parlando del malfunzionamento del sistema causato da chi è ai vertici del potere e amministra lo Stato. Poi aggiunge che i medici in Italia sono oberati dalla burocrazia.

“C'è stata un po' una cattiva organizzazione da parte di chi ci governa e ci amministra. C'è da aggiungere un altro fattore, se oggi andiamo a vedere i numeri dei medici rispetto ad altre nazioni europee – parliamo di Germania, Francia, Inghilterra – che sono quelle più equiparabili all'Italia come grandezza e come densità di popolazione, gli italiani non sono sotto numero per il personale sanitario, in particolare quello medico.

C'è un cattivo utilizzo delle risorse e questo io lo dico da molto tempo. Se un medico viene impiegato per svolgere la burocrazia, anche di bassa lega, per le questioni più banali, è chiaro che poi serve più personale. Se invece viene usato per compiere affari strettamente clinici o medici, sarà capace di gestire molti più pazienti.

Per fare un esempio pratico pensiamo alla Spagna, dove esiste il medico di quartiere. Una zona dispone di un medico che gestisce un numero di persone molto elevato. Ovviamente a piramide sotto di lui può contare su altro personale, da quello più “tecnico”, quindi infermieri, fisioterapisti, e altro, fino a quello più “amministrativo” (impiegato in mansioni di segreteria).

Questo è un problema da non sottovalutare, perché incide anche sulla vocazione di chi oggi vuole fare il medico. La frase: ‘Lascia stare, non fare il medico perché andrai a fare il burocrate’ si sente molto di frequente purtroppo.

Fare i medici in Italia conviene? L'esodo verso l'estero per contratti più vantaggiosi



D: Anche l'aspetto economico è importante. I contratti in Italia non sembrano molto vantaggiosi se guardiamo all'esodo dei professionisti verso l'estero. Svizzera, Arabia Saudita...Come si ferma questa tendenza?

R: Non ci sono incentivi dal punto di vista economico. Il problema anche qui si fronteggia con una migliore organizzazione, con una razionalizzazione. Qui in Italia nelle aziende ospedaliere o sanitarie troviamo più personale amministrativo rispetto a quello tecnico. E' come se alla Fiat ci fossero più impiegati che operai. È chiaro che il sistema non reggerebbe.

Purtroppo la politica ha causato anche questo negli ultimi anni: la natura del problema è soprattutto organizzativa. Bisogna dare più spazio alle risorse per la sanità anche per quanto riguarda proprio gli stipendi del personale sanitario, perché sono veramente ridotti all'osso.

Medici e infermieri dal Sudamerica in Italia: "Non conosciamo il loro grado di competenza e perdiamo i nostri che scappano in Svizzera"

D: Guido Bertolaso ha intenzione di assumere ingenti unità di infermieri e medici che provengono dal Sudamerica. Parliamo di cifre importanti. E' la scelta giusta per sopperire alla mancanza di personale in Italia?

R: Il mercato del personale si è sempre un po' autogestito, è sempre stato regolato dalla domanda e dall'offerta. Per quanto riguarda i professionisti della sanità è un processo iniziato decenni fa. Ricordo che c'è stato un periodo di infermieri provenienti prima dalla Spagna, poi dalla Romania, dall'Argentina.

Questi sono normali movimenti della popolazione, date anche dal mercato, in base a dove c'è maggiore ricchezza. Anche qui però c'è bisogno di organizzazione. Non si può pensare di dire: 'Ci mancano gli infermieri quindi vado a prenderli in Argentina, o i medici da Cuba come in Calabria'.

Questi sono tappabuchi che però non risolvono il problema alla base. Quando questi medici e infermieri magari si stancheranno di stare in Italia, poi cosa si fa? Saremo costretti a prenderne altri e nel frattempo le cose cambiano, mutano le volontà, le convenienze economiche.

D: Hanno le stesse competenze dei professionisti italiani? E' una decisione conveniente a livello di investimento di tempi e risorse?



R: La premessa dovrebbe essere che questi medici e infermieri che vengono dall'estero abbiano le stesse competenze di quelli italiani. Non sappiamo in concreto quale sia il loro tipo di professionalità. Allo stesso tempo qui investiamo tempo e denaro per educare e formare il nostro personale che invece, per tutta una serie di motivi, va via.

Qui in Lombardia c'è un esodo in Svizzera: è vicinissima e offrono contratti d'oro. Quindi succede che lo Stato perde i nostri lavoratori, dotati di professionalità e capacità tecniche che conosciamo perfettamente – perché li abbiamo formati noi – e invece li vediamo fuggire.



DottNet
30.04.2024

Medici. Appropriately prescriptive and waiting lists, SMI: Non si abbattono le liste di attesa non curando più i cittadini

30/04/2024

Onotri: "Mentre si esercita una forte pressione sui medici, si concede ai farmacisti di prescrivere analisi a carico del Servizio Sanitario Nazionale in assenza di una qualsiasi indicazione clinica da parte di un medico"

"Si prevede una stretta sulle prescrizioni effettuate dai medici di medicina generale per sottoporli all'appropriatezza come avviene per la farmaceutica, ma, mentre, si esercita una forte pressione sui medici, si concede ai farmacisti di prescrivere analisi a carico del Servizio Sanitario Nazionale in assenza di una qualsiasi indicazione clinica da parte di un medico", così Pina Onotri, Segretario Generale dello SMI commenta la notizia resa pubblica dal Ministro della Salute, Orazio Schillaci, sulla predisposizione di un decreto che riguarderebbe l'appropriatezza prescrittiva e il taglio delle liste d'attesa. "Quello che viene previsto, per quanto riguarda l'esecuzione di alcuni esami nella farmacia dei servizi, lo riteniamo gravissimo, perché permette ai farmacisti di prescrivere Ecg e Holter anche senza competenze mediche specifiche. Davanti alla crisi del SSN, ci aspettavamo, invece, il rafforzamento della medicina di prossimità. Solo in questo modo, siamo del parere, si potrebbero abbattere le liste di attesa e sollevare le sorti del nostro sistema sanitario", dice Onotri.

"L'appropriatezza prescrittiva non può essere solo un calcolo matematico, una media aritmetica che tiene conto solo del fattore della spesa, così come fino ad oggi è stata intesa, infatti, fino adesso non si è tenuto conto né del dato clinico, né della necessità di effettuare gli esami. Vorremmo capire, aggiunge Onotri, quale sia il soggetto che può giudicare se l'operato di un medico di medicina generale sia coerente all'appropriatezza prescrittiva? Affidiamo questo compito alle commissioni di burocrati delle ASL? Perché poi i medici di famiglia dovrebbero essere controllati sull'appropriatezza prescrittiva se hanno già completato un lungo percorso formativo che prevede una laurea, una specializzazione, un esame di Stato, un'abilitazione alla professione e tanta esperienza sul campo?", afferma la sindacalista.

"Siamo di fronte non tanto all'appropriatezza prescrittiva, come viene sbandierato, bensì all'ulteriore tentativo di mettere tanti lacci e laccioli alla libera determinazione del medico di poter prescrivere gli esami in scienza e coscienza; si sta puntando



alla riduzione tout court delle prestazioni mediche. Questo è il modo peggiore agire: si vuole trovare la soluzione delle liste di attesa tagliando i servizi e facendo pressioni improprie sui medici. Forse si vogliono abbattere le liste di attesa non curando più i cittadini?", conclude Onotri.



30.04.2024

Medici di famiglia, per risolverne la carenza dobbiamo parlare di tutele e specializzazioni

Di Pina Onotri, Segretario Generale SMI

Ho letto nei giorni scorsi l'articolo di Milena Gabanelli sui medici di famiglia. L'analisi delle criticità messe in evidenza nell'articolo è condivisibile in via generale, ma si necessitano ulteriori approfondimenti.

Esaminando i dati 2022 dell'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, pubblicato dal Ministero della Salute, si evince che l'età media dei pediatri e dei medici di famiglia tende a diminuire, segno buono se non fosse che continuiamo, nell'insieme, a perdere pezzi. Il numero dei medici convenzionati che sono andati o stanno andando in pensione, sommato agli esodi volontari, resta più alto rispetto ai nuovi ingressi.

Abbiamo una media di 150 assistiti in più per medico rispetto all'era pre-Covid e sicuramente un incremento importante dei carichi lavorativi, considerata anche la ridotta offerta di assistenza specialistica territoriale e ospedaliera. Nel 2022 i medici con oltre 27 anni di anzianità di laurea sono 28.500, i giovani 1202. Il rapporto quindi tra vecchi in servizio e nuovi ingressi continua a presentare un gap difficilmente colmabile. Eppure nella narrazione comune la professione del medico di famiglia consente di lavorare poco e guadagnare tantissimo; se nei giovani tale tipo di professione non ha appeal evidentemente così non è.

Si discute molto sul corso di formazione post laurea in medicina generale. Tale formazione, oggi, viene affidata agli Ordini Provinciali dei Medici, oppure a corsi Regionali con criteri didattici difforni su tutto l'ambito nazionale e con la tendenza marcata a scegliere i docenti che hanno in tasca la tessera sindacale "giusta". Opporsi alla trasformazione del corso di medicina generale in specializzazione è rappresentativo di un sistema che, per salvaguardare se stesso, fa da barriera al cambiamento e alla reale salvaguardia degli interessi dei medici.

Del resto – considerato che ai corsisti, per la grave carenza di medici sul territorio, viene data la possibilità già dal primo anno di gestire ambulatori a cui afferiscono fino a mille pazienti – c'è da chiedersi qual è l'utilità del corso di formazione che rimane tale solo sulla carta, avendo di fatto soppresso nella sostanza la possibilità di fare tirocinio e didattica.

E' un modo distorto di recepire le direttive europee sulla formazione post laurea, quindi meglio abolirlo del tutto e dare la possibilità di accesso alla professione in virtù



di un punteggio maturato, così come avveniva prima del 1996, anno della Direttiva Ue.

Nella nuova convenzione per la medicina generale che è stata sottoscritta di recente, si parla di giovani medici che dovranno lavorare nelle case di Comunità e nel contempo aprire studi periferici con un carico di lavoro di oltre 48h settimanali, negando la possibilità di optare per il part-time, soprattutto per le giovani professioniste che, ormai, rappresentano il 60% della professione e si devono rapportare con carichi familiari sempre più pesanti, considerate le ataviche carenze in tema di welfare nel nostro paese, sia relative all'infanzia che alla terza età.

Nel nuovo accordo sottoscritto non viene inoltre riconosciuto il lavoro straordinario, oltre quello ordinario svolto. Se questa è la riforma messa in atto che dovrebbe incentivare giovani leve, si risolverà con un buco nell'acqua.

Tutto questo perché la politica non ha il coraggio di esprimersi e dichiarare apertamente alla cittadinanza se vuole i medici di famiglia e i pediatri dentro o fuori le case di Comunità; se li vuole convenzionati o dipendenti, se pensa che l'assistenza distrettuale sia migliore di quella capillare, com'è attualmente. Sicuramente la politica di "Arlecchino servitore di due padroni" non può funzionare.

Come categoria dobbiamo fare "mea culpa", perché abbiamo di fatto perso nel tempo, di convenzione in convenzione, la possibilità di esercitare la "libera professione"; in cambio ne abbiamo ricavato un demansionamento progressivo, una burocratizzazione del nostro lavoro senza precedenti che esplicita la volontà di un controllo della parte pubblica ormai ossessivo sulla nostra attività.

Della libera professione ci rimane ormai solo il "rischio di impresa" che non viene compensato neanche dai guadagni, considerato che il potere d'acquisto dei nostri stipendi è ridotto del 50% e la mancanza di tutele ci vede in crisi personale e familiare in caso di infortunio o lunga malattia. Perché oltre ad ammalarci perdiamo anche il nostro reddito, in quanto quasi mai i pazienti, dai quali dipendiamo economicamente in virtù della scelta fiduciaria, sono disposti a traslare questo rapporto di fiducia ad un sostituto scelto da noi, con sostituti, tra l'altro, sempre più introvabili.

Sono questi i temi da affrontare, dalla specializzazione alle tutele, se vogliamo risolvere la carenza dei medici sul territorio.



SUD REPORTER

GIORNALE ON LINE

02.05.2024

BENEVENTO, LO SMI SCRIVE ALL'ASL: "ATTIVITA' PRESCRITTIVA REGOLATA DA INDICAZIONI CLINICHE"

2 MAGGIO 2024

“Abbiamo scritto al Direttore Generale, al Direttore Sanitario, al Direttore Servizio Farmaceutico dell'ASL di Benevento per rispondere ai rilievi che l'ASL sta eccedendo a proposito dell'attività prescrittiva dei medici di medicina generale che ne contesta il metodo ed il merito. Le medie finanziarie in astratto, scollegate dai comportamenti clinici (indicatori di processo ed esito) e all'epidemiologia del singolo medico (composizione anagrafica e prevalenza delle patologie croniche) sono prive di basi logico-razionali ed ingiustificate sul piano scientifico, organizzativo sistemico e legale”. Sono le parole di Carlo Iannotti, Segretario Aziendale ASL Benevento del Sindacato Medici Italiani (Smi) che rende pubblica la lettera inviata ai vertici dell'Azienda Sanitaria Locale di Benevento.

“I medici sono tenuti ad utilizzare risorse economiche per il conseguimento di obiettivi di salute o esiti clinici (efficacia) conseguenti a scelte razionali (efficienza), nel rispetto delle norme regolatorie e delle buone pratiche raccomandate da studi clinici, linee guida, percorsi condivisi e note AIFA – aggiunge Iannotti – Non altro. Pertanto i parametri finanziari irrelati ai risultati clinici conseguiti sono inadatti a valutare l'operato di un medico sotto il profilo dell'appropriatezza che si deve riferire solo al rispetto delle norme regolatorie nei singoli casi clinici e non alla media di spesa riferita alla dimensione di popolazione”.

“La valutazione può essere, dunque, solo qualitativa non quantitativa. L'appropriatezza, ci preme ribadirlo, attiene alla 'procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto', e tanto spiega la variabilità prescrittiva – prosegue il dirigente sindacale – che risulta non solo auspicabile ma anzi indice di buona pratica medica attestando l'esercizio abituale di cure 'personalizzate'. Eventuali contestazioni di inappropriately prescrittiva vanno pertanto effettuate in relazione ad ogni singola ricetta prescritta nello specifico setting clinico e non cumulativamente in relazione al volume di una spesa complessiva arbitrariamente fissata e sottodimensionata”.



D'altronde tanto più un medico attui un capillare ed efficace controllo dei fattori di rischio su un'ampia fetta di popolazione, "più si scosterà automaticamente dalla media della popolazione usata come riferimento, ma non certo per inappropriatezza. Anzi un apparente aumento di spesa per farmaci o controlli sul breve-medio periodo previene sul lungo termine, eventi acuti, complicanze e peggioramento funzionale ed abbatte quindi anche i costi delle ospedalizzazioni o della prevenzione secondaria, della riabilitazione, pensioni di invalidità e quant'altro".

Lo SMI invita gli amministratori della ASL di Benevento "ad abbandonare l'idea che la buona sanità si costruisca attorno a medie e algoritmi e ad archiviare, una volta per tutte, la sciagurata iniziativa di cimentarsi nella valutazione dell'appropriatezza prescrittiva con tali metodi". "Auspichiamo che la dirigenza dell'ASL di Benevento si uniformi, invece, al dettato giurisprudenziale e ad astenersi da ogni temeraria tentazione di quantificare un eventuale danno erariale sulla base del mero scostamento dalla media prescrittiva. Vorremmo ricordare, come ha osservato dall'Avvocatura generale dello Stato, che non sono ammissibili scelte legislative di pura politica, dirette a limitare o vietare il ricorso a determinate terapie la cui adozione ricade nell'ambito dell'autonomia e della responsabilità dei medici. Diversamente chiediamo che venga messo per iscritto quali terapie non erogare o quali pazienti escludere dalle prestazioni al fine di dare ampia diffusione mediatica dello smantellamento locale del welfare sanitario", sottolinea Iannotti.

"Si rammenta, infine, che nel caso di temeraria riduzione del trattamento economico accessorio dei medici di medicina generale, la contestazione deve essere intesa come rigorosamente comprovata a fattispecie di grave scostamento dalle evidenze scientifiche in materia, e non riferita a mere elaborazioni statistiche sull'andamento generale delle prescrizioni. Diversamente saranno i medici stessi, o per essi i sindacati di categoria già pronti a patrocinarli in giudizio, a ricorrere le autorità giudiziarie competenti", conclude la nota.



quotidiano**sanità**.it

02.05.2024

Eletti negli organismi nazionali Confsal i componenti dello Smi

Ecco i componenti dello Smi negli organismi nazionali della Confederazione Generale Sindacati Autonomi Lavoratori. Eletti: Pina Onotri, Segretario Generale Smi come componente della Segreteria Generale Confsal; Liliana Lora, Vice Segretario Nazionale Smi; Ludovico Abbaticchio, Presidente Nazionale Smi; Donato Pulcini, Tesoriere Nazionale Smi nel Consiglio Nazionale Confsal.

02 MAG - "Prosegue l'integrazione tra il Sindacato Medici Italiani e la Confsal con l'elezione di componenti dello Smi negli organismi nazionali della Confederazione Generale Sindacati Autonomi Lavoratori. Eletti: Pina Onotri, Segretario Generale Smi come componente della Segreteria Generale Confsal; Liliana Lora, Vice Segretario Nazionale Smi, Ludovico Abbaticchio, Presidente Nazionale Smi, Donato Pulcini, Tesoriere Nazionale Smi nel Consiglio Nazionale Confsal", così l'Ufficio Stampa Smi in una nota.

"Il percorso sindacale si consolida, gettando le basi di una nuova azione che metta in connessione le rivendicazioni della categoria medica, le battaglie per la salute, con le esigenze di altri comparti di lavoratori, in un'ottica confederale".

"Ravvediamo il bisogno stringente di dare risposte immediate alla crisi delle professioni mediche e sanitarie che coinvolge tutti gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale. Donne e giovani. Vogliamo partire da qui per chiedere nuove e maggiori tutele per le donne medico, incentivi per i giovani medici affinché non si vedano costretti ad emigrare, retribuzioni per tutti i professionisti in linea con quelle degli altri paesi europei".

"Ringraziamo la Confsal per la sua grande disponibilità ad accoglierci; sicuri che lo Smi, con le sue donne e suoi uomini, possa rappresentare un valore aggiunto per la grande comunità della Confederazione", conclude la nota.