



Rassegna Stampa

Quotidiano Sanità

21.02.2025

21 FEB 2025-

Serve una nuova formazione per una rinnovata educazione alla salute delle giovani generazioni

di Ludovico Abbaticchio

Gentile Direttore,

si parla molto di una rivisitazione delle figure professionali degli operatori della salute che operano nel nostro Paese e nelle Regioni, attraverso nuovi contratti di medicina generale e di pediatria, ma la salvaguardia della salute deve oggi fare i conti con una visione più ampia e se vogliamo ispirata all' One Health. Un modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse, (medici, pediatri, ambientalisti, economisti, sociologi, pedagogisti, assistenti sociali) riconosciuto da molti anni dall'Italia, dalla Commissione Europea e da tutte le organizzazioni internazionali che sono impegnate per la salute di tutti.

Queste figure professionali sono anche quelle che principalmente si occupano della salute minorile, un tema che sta emergendo inequivocabilmente all'attenzione dell'opinione pubblica nazionale e che investe le nostre città. Va detto che per affrontare in modo efficace la salute minorile bisognerebbe cambiare il sistema legislativo in cui si opera attualmente, riformulando e aggiornando il sistema delle professioni. A partire dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta, prendendo atto che vi saranno grandi cambiamenti nell'organizzazione del lavoro a tempo pieno nell'ambito dei servizi ambulatoriali. Sia il medico che il pediatra, infatti, dovranno assicurare delle ore di lavoro aggiuntive nel Distretto Sanitario e nelle Case e negli Ospedali di Comunità (qualora si realizzeranno) con la riforma della sanità, prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Vi sono tutti i motivi per delineare un progetto nuovo di educazione alla salute che parta dai territori, coinvolgendo le scuole e le istituzioni di prossimità. Bisognerebbe dotare ai professionisti medici e agli operatori della sanità una nuova formazione finalizzata alla promozione di una dimensione positiva della salute, non solo per fronteggiare le malattie che dominano il quadro epidemiologico nei paesi sviluppati, ma anche per recuperare la centralità partecipativa della persona nella gestione della propria salute.

Per affrontare e curare, per esempio, i danni alla salute e alla sfera psicologica che il cyberbullismo (una forma di bullismo) reca alla salute dei giovani. Il cyberbullismo, vorremmo ricordare, risulta essere un comportamento di prevaricazione intenzionale, ripetuto e volto a mantenere una differenza di potere. La particolarità è che tale comportamento è portato avanti negli spazi online (quindi social network, videogiochi online, gruppi di messaggistica).

Da questi cambiamenti della nostra realtà vi è la necessità di una rinnovata educazione sanitaria che affronti le maggiori tematiche della salute in età infantile ed adolescenziale, a tutti i livelli della carriera scolastica con il compito di preparare le nuove generazioni al raggiungimento di quell'indispensabile livello di consapevolezza critica necessaria per affrontare rischi per la salute che si annidano al giorno d'oggi.



Occorrerebbe puntare su progetti integrati, con al centro la salute dei giovani, tra la scuola, aziende sanitarie, società scientifiche e sindacati.

Le stesse forze sindacali e politiche si dovrebbero assumere una nuova responsabilità, favorendo un agire interdisciplinare e superando la logica della divisione a compartimenti tra le professioni specialistiche. Per il soddisfacimento di salute dei giovani, vi sarebbe bisogno di una più stretta integrazione tra il medico, lo psicologo, il pediatra, il pedagogista, l'educatore, l'assistente sociale. Avremmo bisogno, inoltre, d'individuare, anche dal punto di vista sindacale, delle politiche comuni di tutela di queste figure professionali, celebrando anche la Giornata nazionale dei professionisti sanitari, sociosanitari, socioassistenziali e del volontariato che si è tenuta il 20 febbraio. Puntiamo, in definitiva, a costruire un nuovo progetto di salute a favore dei ragazzi, per dare sostegno alle famiglie, prendendo esempio dalle migliori esperienze in Europa.

Ludovico Abbaticchio

Presidente Nazionale Sindacato Medici Italiani (SMI)



DIRE

25.02.2025

MEDICINA, SMI: OCCORRE SCUOLA SPECIALIZZAZIONE CON SPECIFICO SETTORE (DIRE) Roma, 25 feb. - "Non basta riformare il sistema di accesso alla Facoltà di Medicina, per di più con l'idea di una selezione dopo sei mesi di corso". Così in una nota Pina Onotri, Segretario Generale dello SMI, nel giorno in cui parte la discussione presso la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati del provvedimento inerente la 'Delega al Governo per la revisione delle modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia'. "Il provvedimento in discussione potrebbe sembrare una soluzione per filtrare gli studenti, ma in sostanza il cosiddetto numero chiuso non viene assolutamente abolito o superato ma semplicemente rinviato al secondo semestre. Superare tutti gli esami del primo semestre è la pre-condizione per entrare nella graduatoria unica nazionale che deciderà, in base ai posti disponibili, chi accederà al secondo semestre. Avremmo bisogno, invece, che la parte pubblica (Stato e Regioni) programmasse in maniera adeguata, il fabbisogno di medici, tenendo conto di tutte le variabili in campo. A partire dal numero dei medici che ogni anno, per scarsa attrattività del nostro SSN, emigrano all'estero. Un fenomeno in forte crescita e che potrebbe incidere in maniera decisiva sul calcolo del fabbisogno dei sanitari. Ci chiediamo, a questo punto, ma le università private decideranno loro stesse le regole di accesso ai propri corsi? Per non parlare delle università telematiche che offrono corsi on line per i loro iscritti, senza tener conto che la medicina non è solo una disciplina teorica ma richiede competenze pratiche, abilità cliniche e una profonda comprensione. Tutto questo potrebbe rappresentare una criticità che potrebbe creare delle difformità e sulla selezione e sulla preparazione degli studenti. Per questi motivi solleviamo forti dubbi sull'efficacia delle università telematiche e on line per gli studi di medicina e chirurgia. Sosteniamo, per queste ragioni, da tempo, un vero e proprio salto culturale che porti a una nuova formazione per la medicina generale. Servirebbe una scuola di specializzazione universitaria, con uno specifico settore, che formi medici specialisti nelle cure primarie/assistenza sanitaria primaria. Un percorso specialistico che consenta di acquisire maggiori competenze, omogenee sul territorio nazionale, per affrontare le sfide del futuro. La costituzione di un settore scientifico disciplinare, consentirebbe a giovani medici di intraprendere ruoli universitari portando a sviluppare la ricerca sul territorio, elemento indispensabile per una qualità delle prestazioni e allo stesso tempo di garantire l'attività sul territorio nel caso di carenza. Occorrerebbe, infine, prevedere specifici bandi/ concorsi per quei medici di medicina generale che negli anni hanno acquisito competenze in ricerca e formazione"



Palermo Today

04.03.2025

Crisi delle cure territoriali, medicina generale: dipendenza o convenzione? Le dichiarazioni di Tiziana Alescio, Segretario Regionale Sindacato Medici Italiani (SMI) Regione Sicilia

Crisi delle cure territoriali Medicina generale: dipendenza o convenzione? Ecco le dichiarazioni di Tiziana Alescio, Segretario Regionale Sindacato Medici Italiani (SMI) Regione Sicilia. "Da qualche anno si discute circa il passaggio alla dipendenza del Medico di medicina generale. Un recente progetto di legge ha portato il problema al tavolo del Ministro della Salute, ma se ne discute ampiamente anche negli Assessorati, nei tavoli sindacali, nelle Regioni e nei Comuni. Tutti si sentono competenti e pronti a dare giudizi circa la fattibilità, la possibilità, le risorse, ecc. , ma in realtà pochissimi conoscono davvero il problema della medicina generale, così come è diventato negli anni e soprattutto nel post Covid. La maggior parte degli attori protagonisti, che si dicono competenti in materia, è in pensione da anni e come sindacalista ha delegato molto spesso ad altri il lavoro vero e proprio nello studio. Il vero problema, ed eventualmente la soluzione, non sta in effetti nello stato giuridico del professionista, ma cosa gli farebbe scegliere questa professione e lo farebbe lavorare serenamente, migliorando non solo il rapporto medico-paziente, ma anche l'autostima e la soddisfazione personale. Attualmente il medico di medicina Generale ha un rapporto convenzionato a quota capitaria: ciò significa che il suo guadagno mensile è dovuto al numero degli assistiti in carico, tolte tutte le numerose spese (studio, rifiuti speciali, assicurazione, segreteria, infermiere, luce, ecc.). Ne va da se che i "pazienti-datori di lavoro", hanno il potere spesso di ricattare direttamente o indirettamente il medico, con richieste di esami e farmaci, che ritengono dovute, potendo direttamente cambiarlo con un click, senza esprimere alcuna motivazione. Allo stato delle cose, il medico spesso è il bancomat per l'accesso alle cure. Le richieste suddette sono conseguenza di visite specialistiche ,prescritte dal MMG, o ritenute necessarie dallo stesso assistito (documentatosi con il dr Google...). In pochissimi casi i medici specialisti prescrivono ciò che ritengono opportuno sul proprio ricettario personale oppure online in dematerializzata e demandano tutto al MMG".

"La considerazione che ha il paziente di noi? Siamo i segretari del SSN: degli specialisti ambulatoriali, dei medici ospedalieri, degli specialisti privati, ecc. Il SSN d'altro canto chiede appropriatezza per i costi, ma controlla solo noi, che dovremmo sempre valutare l'erogazione, anche a scapito della revoca del paziente, che si vede privato ingiustamente



di un suo diritto. La gratuità o quasi di tutte le prestazioni eseguibili, rende il MMG ricattabile e crea molteplici conflitti relazionali. Il vero problema della crisi della medicina generale è quindi la crisi del sistema e l'insoddisfazione che ne derivano. Molti medici non si iscrivono più nei Corsi di Formazione (che permettono l'accesso alla graduatoria di medicina generale) e non partecipano ai bandi per la MMG, che spesso vanno deserti o si presentano in pochi rispetto ai posti disponibili nelle zone carenti. Non essendo una vera specializzazione la remunerazione è altresì di molto inferiore a quella dei colleghi specializzandi. D'altro canto la specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie esiste, ma si sconosce il motivo della inidoneità alla medicina generale.: Unico accesso il Corso di formazione! La soluzione del problema è quindi ridare dignità alla figura del Medico, che dopo accurata visita, fa diagnosi e terapia: tutto ciò in autonomia o completato da visite ed indagini, ritenute opportune".

"Per ottenere tutto ciò, a parere della scrivente, che vive la realtà siciliana della Medicina del Territorio nel prossimo Accordo Collettivo Nazionale e nel nuovo Accordo Regionale, occorrerebbe: - Obbligare tutti i medici, attori del SSN, ad emettere richieste e ricette, qualora prescritte e ritenute necessarie. Il "suggerimento" al MMG non deve essere consentito. Tale semplice operazione e responsabilità assunta, comporterebbe una notevole caduta delle prescrizioni e quindi della spesa sanitaria (sia farmacologica che diagnostica), oltre ad una responsabilizzazione anche medico-legale. - Su base volontaria, eliminare la quota capitaria dal compenso del medico di medicina generale. Non dipendendo più dal numero degli assistiti, il lavoro potrebbe essere più fluido, più semplice e non dettato da suggerimenti altrui. - Il lavoro d'equipe, sia nelle Case di Comunità in embrione, che negli studi periferici, dovrebbe essere a quota oraria: dappertutto. A seconda delle necessità del territorio si devono prevedere luoghi Centrali o periferici, di erogazione delle Cure, ove l'assistito possa essere preso in carico dai medici del territorio, a turnazione, unificati in rete con unico gestionale. Ciò comporterebbe la reale presa in carico e la valutazione dello stato di salute in tempo reale ed eviterebbe richieste inutili di indagini già effettuate e non necessarie. - Nelle Case di Comunità, inoltre, avverrebbe un secondo livello di cura, che prevede anche l'intervento di altre figure specialistiche, psicologi, infermieri, assistenti sociali, ecc., che possono valutare la persona e la sua malattia. In queste sedi, ma anche in periferia, potrebbe e si dovrebbe effettuare soprattutto prevenzione".



"A chi sostiene che l'inefficienza del medico di Medicina Generale comporta maggiori ed inopportuni accessi al Pronto Soccorso, rispondo: 1) Il MMG non è un medico dell'emergenza, ma deve effettuare visite programmate e di prevenzione. Non si può pertanto pensare che si ridurrebbero gli accessi al P.S. Il paziente si reca al Pronto Soccorso, sia perché ha un problema urgente, ma soprattutto perché vuole una risposta rapida alla sua richiesta di salute. Le lunghe liste d'attesa e la gratuità gli fanno scegliere il P.S. 2) Le liste d'attesa lunghe non sono dovute all'assenza del medico di medicina generale sul territorio, come si vocifera, ma alla inadeguatezza del sistema prenotazione (i c.d. CUP che suggeriscono cambi di priorità...), dalla carenza specialistica e dalle richieste inutili e ripetute di visite ed indagini spesso non necessarie (non essendoci a livello provinciale e regionale un unico gestionale con anagrafe condivisa) E allora cosa si potrebbe fare per risolvere gran parte dei problemi? A) Eliminare il Corso di formazione e permettere l'accesso con l'esistente specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie B) Adeguare gli stipendi dei medici agli standard europei, evitando così la fuga dei camici bianchi all'estero, e stimolando le iscrizioni. C) Eliminare la quota capitaria (sempre su base volontaria per i medici in servizio) che non permette una quantificazione del lavoro di apertura al pubblico, in back office e a domicilio. Mantenendolo invece non si potrebbe mai registrare e valutare tutto il lavoro eseguito e sarebbe sempre sottovalutato da tutti, sia politici che cittadini. D) Lavorare a turnazione, ovunque, con rapporto a quota oraria, nell'arco delle 24 ore, se i numeri lo permettono. Sarà il medico, in base alle necessità personali a scegliere la dipendenza (carriera, TFR, ferie, malattia, Infortunio sul lavoro, ecc.) o la convenzione con il SSN (con tutele assimilabili a quello degli specialisti ambulatoriali, che già posseggono tutele simili). In tal modo il rapporto di fiducia con l'assistito potrebbe continuare, scegliendo i turni in cui è in servizio (anche se spesso si tratta di scelta utilitaristica e non fiduciale). E) Prevedere il part time e gli straordinari (prot. 79/U/2024 nota a verbale dell'ACN da parte dello SMI) F) Omogeneizzando le aree contrattuali della medicina convenzionata (prot. 314/U/2023 della Segreteria Nazionale SMI), che rendono poco fluido l'accesso e la scelta. G) Eliminare tutte le incompatibilità nell'ambito della medicina convenzionata: per chi sceglie la convenzione dovrebbe essere eliminata anche l'attuale incompatibilità con la specialistica ambulatoriale, per es. In tale modo il medico che esercita come medico di medicina generale, potrebbe completare le 38 ore sia come continuità assistenziale, che come specialista ambulatoriale, nell'ambito delle case di Comunità. Ciò



comporterebbe anche una maggiore utilizzazione delle risorse umane ed una maggiore realizzazione del professionista. Nell'ambito delle 38 ore settimanali previste dal contratto, lavorerà secondo le necessità del territorio e la propria capacità. Rendendo fluido il percorso, con trasferimenti e assunzioni nell'ambito dell'area convenzionata, all'intero della UCCP, si renderebbe molto più appetibile la professione. H) Nel rapporto orario verrebbe meno anche la competizione e la rivalità fra professionisti, visto che tutti lavorano per il bene del cittadino e del territorio e sarebbe anche più facile il rapporto con le altre figure del territorio e con gli ospedali. Si passerebbe dall'attuale paziente in carico al medico di medicina generale, all'assistito in carico alle Cure Primarie del territorio. I) Per ultimo dovrebbe essere obbligatorio per tutti (convenzionati e dipendenti) l'uso del ricettario SSN o l'utilizzo della dematerializzata online. Ciascuno deve essere responsabile di ciò che prescrive. Da anni è così, ma non viene penalizzato chi non lo usa. J) Analogamente deve essere obbligatoria l'emissione di certificato medico da parte di tutti. Sulla carta anche questo punto è già così, ma nella realtà viene demandato tutto al MMG, che fa da Segretario a tutti... Da quanto sopra esposto si evidenzia che quindi basterebbe rendere volontaria la scelta del tipo di contratto (dipendenza o convenzione) , regolarizzare la giungla degli svariati compiti attribuiti al MMG, a sostituzione delle altre figure mancanti o reticenti, per soddisfare tutti i medici, ma soprattutto i cittadini".

"La disamina sopra esposta nasce sicuramente dalla mia lunga esperienza di medico di medicina generale in Sicilia e dall'esperienza di sindacalista degli ultimi anni. E' chiaro che le Cure Territoriali variano da Regione a Regione, purtroppo, ed in base alla ricchezza ed alla propria organizzazione. Una ricetta che piaccia a tutti non esiste, ma per far funzionare i servizi occorre rendere appetibile e funzionale la scelta del tipo di contratto. Ognuno potrebbe rivedersi nell'uno o nell'altro, ma può contribuire al miglioramento delle Cure territoriali, nell'interesse dei cittadini. Barricarsi invece su posizioni rigide ed imm modificabili, scegliendo solo di mantenere tutti i medici in convenzione, con rapporto misto (scelta/orario), rende ovviamente impopolare la scelta professionale, venendosi a complicare la valutazione del lavoro svolto ed appesantire molto il carico orario totale, che supererebbe sicuramente le 38 ore settimanali, ma che non potrebbe essere riconosciuto come straordinario: non è infatti possibile quantificare il nostro lavoro a quota capitaria, non potendo essere interrotto timbrando un cartellino. L'orario di apertura al pubblico è solo una piccola parte di ciò che si fa quotidianamente.



Sarebbe come calcolare l'impegno lavorativo di un insegnante, solo calcolando la presenza nelle aule! Fra l'altro come è possibile quantificare in termine orario il lavoro nelle domiciliari, nei certificati, nelle pratiche burocratiche quotidiane (piani terapeutici, esenzioni, vaccinazioni?). Se non riesco a finire lo studio nei tempi previsti, come faccio a completare le mie ore nelle Case di Comunità, magari dovendo percorrere chilometri per raggiungerla? Mentre lavoro a rapporto orario, tengo chiuso il telefono e non rispondo a nessuno, essendo impegnato in altre mansioni? Il problema dei compiti nelle Case di Comunità è poi tutto da rivalutare e stabilire: certo non si può immaginare un medico tappabuchi che copre i servizi a richiesta del Dirigente di turno, in base alle carenze. Un medico è un professionista e nel tipo di contratto scelto (convenzione o dipendenza) devono essere stabiliti i compiti sanitari ed il relativo carico burocratico. Non dimentichiamo che un medico studia per fare diagnosi, terapia e prevenzione".



DottNet
03.03.2025

Assimefac, da corso di formazione della medicina generale a scuola di specializzazione: è una buona notizia

| 03/03/2025

"Auspichiamo che il Tavolo possa veder la partecipazione ai lavori di rappresentanti di Società Scientifiche del settore per contribuire, con le proprie esperienze, alla redazione di una normativa di legge"

Gentile Direttore,

l'istituzione di un Tavolo di lavoro, costituito dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Università e Ricerca per individuare i percorsi per superare l'attuale corso di formazione **della medicina generale trasformandolo in una vera e propria scuola di specializzazione** è una buona notizia. La nostra associazione scientifica, da sempre fautrice ed impegnata nella promozione di una Scuola di Specializzazione Universitaria in Medicina di Famiglia, non può che essere d'accordo con le recenti dichiarazioni del Ministro Schillaci. Auspichiamo che il Tavolo possa veder la partecipazione ai lavori di rappresentanti di Società Scientifiche del settore per contribuire, con le proprie esperienze, alla redazione di **una normativa di legge che porti, in tempi brevi, alla costituzione di una scuola universitaria** del Medico di Famiglia al pari di realtà europee.

La normativa vigente affida l'insegnamento della medicina di famiglia agli Ordini Provinciali dei Medici che, organizzano i corsi scegliendo docenti e argomenti da trattare con criteri difformi su tutto l'ambito nazionale. Criteri, quindi, ben lontani dalla realizzazione di un' indispensabile formazione universitaria. Riteniamo che occorre, invece, strutturare un percorso specialistico che consenta di acquisire maggiori competenze, omogenee sul territorio nazionale, per affrontare le sfide del futuro. La costituzione di un settore scientifico disciplinare, consentirebbe ai giovani medici di intraprendere ruoli universitari portando a sviluppare la ricerca sul territorio, elemento indispensabile per una qualità delle prestazioni.

Leonida Iannantuoni

Presidente di ASSIMEFAC (Associazione Società Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e Comunità)



TrendSanità

04.03.2025

Sindacato MMG: occorre voltare pagina, più retribuzioni e tutele
4 Marzo 2025

«Le ragioni della carenza di medici nel nostro Paese sono molteplici: lavoro non valorizzato (i medici accedono alla professione di generalista tramite un corso di formazione e non una scuola di specializzazione universitaria); carico burocratico eccessivo, mancanza di tutele (soprattutto per una professione che vira al femminile) ferie, maternità, malattia, infortunio sul lavoro». Così **Pina Onotri**, Segretario Generale SMI, commenta [lo studio](#) della Fondazione GIMBE sul rischio di estinzione dei medici di medicina generale.

A fronte della mancanza, in tutto il Paese, di oltre 5.500 medici di medicina generale e sempre più cittadini che faticano a trovare un medico di famiglia, soprattutto nelle grandi Regioni, occorrerebbero misure innovative nel campo delle politiche di sostegno alla sanità. La carenza di professionisti medici a seguito della gobba pensionistica, deve avere come ricaduta la giusta valorizzazione ed integrazione aziendale, di questi professionisti, che non possono essere penalizzati, così come lo sono stati negli ultimi anni, da alcune improvvise modifiche apportate e in particolare nelle versioni di ACN del 2009 e a quelle successive.

Per il Segretario Generale è necessario **investire da subito sulle risorse umane**, sui medici di medicina dell'area convenzionata equiparando i loro stipendi a quelli europei, innalzando le tutele e garantendo maggiori diritti. Sostenere, inoltre, le spese di gestioni degli studi medici, attualmente tutte a carico dei professionisti e prevedere misure di vantaggio per la loro fiscalità. Queste misure potrebbero rappresentare degli incentivi per le nuove generazioni nell'intraprendere la professione in Italia.

Sosteniamo, per queste ragioni, la riapertura dell'area di medicina dei servizi territoriali e le modifiche della 502/92, per la piena integrazione dei medici della medicina dei servizi nelle organizzazioni aziendali, consentendo il raggiungimento delle 38 ore per i titolari e la possibilità di attribuire incarichi a tempo indeterminato, che solo la riapertura dell'area potrà consentire. Le ipotesi di proposte attualmente in campo, invece, che chiedono ai medici di famiglia di fare attività a quota capitaria nei loro studi e attività oraria nelle Case di Comunità ci appaiono inconciliabili al momento, tenuto conto dei carichi di lavoro di cui i medici di famiglia sono soggetti.

Considerando, infine, il radicale cambiamento nella professione medica che negli anni scorsi era fundamentalmente maschile mentre oggi è prevalentemente femminile e quindi con esigenze diverse per i tempi di conciliazione tra vita e lavoro da un lato e dall'altro, con la necessità di



garantire le tutele in tema di malattia, maternità e lavori di cura per le donne medico.

La Parte Pubblica dovrebbe puntare a destinare per i medici di medicina generale finanziamenti per una remunerazione in linea con quelle dei principali paesi europei per il rilancio effettivo della professione di medico di famiglia, unitamente alla scelta, di correttivi contrattuali come l'introduzione del part time, la remunerazione del lavoro straordinario e modalità di lavoro agile in telemedicina.



Quotidiano Sanità

06.03.2025

Smi: “Buona notizia emendamento per certificazione di malattia con televisita. Va allentato il carico burocratico dei mmg”

06 MAR - “Da Palazzo Madama una buona notizia per i medici di medicina generale: è stato approvato un emendamento al DL Professioni Sanitarie (n. 1241) che stabilisce la certificazione di malattia con modalità di telemedicina. Premiata la nostra petizione su televisita e autocertificazione che in poche settimane ha raccolto ventimila firme e pertanto ringrazio a nome del Sindacato Medici Italiani tutti i colleghi che si sono fatti promotori, presso i loro studi della raccolta firme”. Così dichiara, in una nota, **Pina Onotri**, Segretario Generale dello Smi.

Questo, per Onotri, “è un primo passo, ma continueremo ad impegnarci affinché diminuisca ulteriormente il carico burocratico per i medici di medicina generale e per il riconoscimento della validità legale dell’auto certificazione dei primi 3 giorni di malattia così come avviene negli altri paesi europei”.

Onotri ringrazia “intanto, i Senatori Zullo, Satta, Mancini presentatori dell’emendamento e il Presidente della 10ª Commissione permanente (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato, il Sen. Francesco Zaffini per l’impegno al fianco dei medici e per aver dato ascolto alle istanze del Sindacato Medici Italiani. Attendiamo, adesso, che il Ministro della Salute, con proprio decreto da adottarsi entro sei mesi dall’entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza Stato – Regioni regoli la materia”.

“Auspichiamo, in questo modo – conclude il segretario generale dello Smi -, di porre un parziale rimedio al disagio dei medici rispetto all’enorme richiesta di certificazione per malattia di cui sono investiti e che provoca un overbording dei presidi sanitari, sia ospedalieri che territoriali (tra l’altro già in sofferenza per carenza di personale) facendo da barriera all’accesso dei pazienti che necessitano di assistenza medica e amministrativa”.



24OreSalute

06.03.2025

L'8 marzo della Sanità

Negli ospedali il 60% dei camici bianchi è rosa, ma a dirigerli solo una donna su cinque

Nella fascia d'età tra i 24 e i 59 anni il sorpasso dei maschi è già ampiamente avvenuto: le donne medico sono il 58,3% del totale

6 marzo 2025

Sono diventate maggioranza ma solo sotto il profilo dei numeri. Perché la presenza ormai schiacciante delle donne medico, nelle corsie degli ospedali e negli ambulatori di medicina generale, non si riflette né nell'organizzazione del lavoro né tantomeno nella struttura gerarchica. Nella fascia d'età tra i 24 e i 59 anni il sorpasso dei maschi è già ampiamente avvenuto: le donne medico sono il 58,3% del totale. La frenata brusca della progressiva femminilizzazione del settore arriva solo tra i camici bianchi di età più avanzata: nella fascia compresa tra i 60 e i 75 anni e oltre gli uomini tengono ancora le redini del sistema, con una quota di quasi il 67%. Fattore che porta così la percentuale delle donne sul totale dei medici iscritti all'albo (422.511) al 47%. Vale a dire quasi la metà.

Se poi ci concentriamo solo sui medici di famiglia, nelle regioni del Nord sono sempre loro – le donne – a farsi carico dell'assistenza territoriale: sono il 75%. Una valanga che sta arrivando anche nel Sud. In Campania, per esempio, sono già il 51%. E tutte, a causa anche della carenza di camici bianchi, sono costrette a salti mortali per conciliare la vita privata (e i compiti di cura domestici) con la professione. Solo che il servizio sanitario nazionale non sembra ancora essersene accorto.

La resistenza al cambiamento

“Paghiamo ancora il prezzo di una impostazione generale che risale agli anni Settanta e che tiene conto delle esigenze degli uomini, con una organizzazione che non rispetta il work life balance”, dice **Filippo Anelli**, presidente della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo). “La resistenza al cambiamento è forte – prosegue Anelli -. Ci vogliono leggi, nuovi regolamenti. E sul versante pubblico siamo in gravissimo ritardo. Ma il tema non è mai affrontato seriamente né a livello politico né purtroppo a livello ordinistico. Non ci sono ostacoli ideologici o pregiudizi. Semplicemente il carico di lavoro scoraggia le donne: non hanno il tempo per assumere impegni negli Ordini o nei ruoli apicali delle aziende sanitarie”. Questione dirimente, che dovrebbe portare a nuove regole e a una nuova organizzazione. Ma non è così.

Il contributo delle donne negli ospedali

I medici donna sono il 60% dei professionisti ospedalieri. Solo il 22% ricopre però la posizione dirigenziale di una Asl e cioè è direttore generale. “Ma in fondo quello di avere un incarico apicale è un falso



obiettivo: il nostro vero traguardo dovrebbe essere quello di cambiare la sanità pubblica, che è vicina al collasso”, dice **Sandra Morano**, responsabile dell'area formazione femminile di Anaa, sindacato dei medici ospedalieri. “Abbiamo un forte contributo da dare – spiega Morano – che parte da una visione circolare e non piramidale della gestione dell'organizzazione e del potere, con una attitudine all'ascolto non di tipo gerarchico. E' uno stile di lavoro che deve essere rivendicato come fattore di qualità. Per questo dovrebbe cambiare l'impostazione manageriale delle aziende sanitarie: il sistema ha mostrato la corda proprio durante l'emergenza sanitaria, che ha scoperchiato la voragine. Ma il nuovo fa paura: figuriamoci una falange di donne”.