



## Rassegna Stampa

**Quotidiano Sanità**  
07.02.2025

Medicina generale. Smi: “Occorre un percorso con il Governo per trovare soluzioni”

***Gli obiettivi devono esser due per Giovanni Senese, segretario SMI Campania: “Tutelare i medici e assicurare l’assistenza territoriale”. Per Senese “certamente la fuga di notizie rispetto a un eventuale progetto del Ministro Schillaci di rendere i medici di famiglia dipendenti del SSN e la proposta di Forza Italia per mantenerli nell’alveo dell’area convenzionata non aiutato a trovare le soluzioni condivise con la categoria medica”.***

**07 FEB** - “Le notizie di questi giorni sulla proposta del Governo di proporre il rapporto di dipendenza al Servizio Sanitario Nazionale per i medici di medicina generale, superando il rapporto convenzionato e da liberi professionisti con cui i medici di famiglia storicamente regolano il loro rapporto di lavoro, ci lasciano basiti”. A dichiararlo, in una nota, **Giovanni Senese**, Segretario Regionale Campania dello SMI

**“Certamente** – aggiunge Senese - la fuga di notizie rispetto a un eventuale progetto del Ministro Schillaci di rendere i medici di famiglia dipendenti del SSN e la proposta di Forza Italia per mantenerli nell’alveo dell’area convenzionata non aiutato a trovare le soluzioni condivise con la categoria medica. Riteniamo, allo stesso tempo, che non esistano attualmente i fondi nella Legge di Bilancio per progetti fantasiosi sia per la dipendenza sia per la costituzione di grandi Aggregazioni Funzionali Territoriali, forme organizzative della medicina generale, sponsorizzate da qualcuno e che porterebbero alla privatizzazione e alla fine della medicina generale in Italia”.

**“Il lavoro del medico che diventerebbe dipendente del SSN**, si dovrebbe svolgere per la maggior parte nelle Case di Comunità che si potrebbero rivelare dei luoghi dove i pazienti non arrivano, e probabilmente di nessuna utilità alla popolazione assistita, soprattutto anziana, abituata alla capillarità del servizio degli ambulatori medici. Non vorremmo che la fretta di predisporre la riforma fosse dettata dalla necessità di riempire le Case di Comunità e per non perdere i finanziamenti del PNRR”, prosegue il segretario regionale SMI Campania.



**Per Senese occorre invece 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. Sosteniamo le spese di gestioni degli studi medici, attualmente tutte a carico dei professionisti e prevediamo misure di vantaggio per la loro fiscalità. Queste misure potrebbero rappresentare degli incentivi per le nuove generazioni nell'intraprendere la professione in Campania. Vorremmo ricordare che nella nostra regione sono alcune migliaia i medici che sono in procinto di pensionamento nei prossimi due anni".

"Riteniamo indispensabile avviare un percorso con il Governo per trovare le migliori soluzioni per garantire al cittadino un'adeguata assistenza territoriale e per chiedere quanto ancora si voglia sostenere il servizio pubblico sanitario", conclude Senese.



11.02.2025

Sulla spaccatura del fronte comune dei medici di famiglia arriva il monito dello Smi

In una lettera aperta, Pina Onotri, segretario generale del Sindacato medici italiani, analizza la spaccatura avvenuta di recente nell'intersindacale e sottolinea che questa frattura si potrà recuperare solo se i sindacati di categoria si ritroveranno insieme a discuterne intorno ad un tavolo anche con i sindacati della dirigenza perché non ci può essere una riforma del territorio che non coinvolga tutti. Ma per fare ciò bisogna essere "predisposti all'ascolto", perché se "prevale la convinzione che siccome si rappresenta la maggioranza della categoria" e se ne gestiscono i soldi " si ha la verità in tasca, allora non può funzionare".

La lettera 11 Febbraio 2025

Il 25 gennaio è stata una giornata importante. Importante perché, nonostante le diverse sensibilità, le diverse piattaforme programmatiche, i diversi modi di interpretare la professione, i sindacati tutti si sono compattati per lanciare un grido dall'allarme: Salviamo il Servizio Sanitario Nazionale.

Come salvarlo? Attraverso la tutela dei professionisti che sono il motore essenziale di questa macchina complessa al fine di garantire la salute di tutti i cittadini.

Non è stato facile trovare delle parole d'ordine comuni su cui poter coagulare i nostri sforzi, ma alla fine ci siamo riusciti: equità, solidarietà, accessibilità, sostenibilità, adeguati finanziamenti. Da quel palco che ci ha visti protagonisti, il Sindacato Medici Italiani ha lanciato le sue proposte, che sono sempre le stesse che riproponiamo in tutte le sedi istituzionali e contrattuali: tutele anche per i medici convenzionati, tutele per le donne, attenzione per i tempi di conciliazione vita/ lavoro. Proposte che sono state apprezzate dalla platea di centinaia di dirigenti sindacali.

È stato un momento di unità importante e che ha dato la possibilità allo Smi di esprimersi in un consesso più ampio, rispetto ai soliti contesti politici e contrattuali. Abbiamo avuto la possibilità di confrontarci e dal confronto, se avessimo continuato su quella strada, ne saremmo usciti tutti più rafforzati. Cosa è successo subito dopo? Il Consiglio Nazionale Fimmg ha approvato una mozione sul no alla dipendenza. Legittima posizione, ma fuori contesto rispetto al momento storico, ben sapendo come la categoria sia divisa sulla questione. Non era quello il momento di discettare sullo status giuridico del medico di medicina generale, bensì di concentrarsi sulle garanzie in ambito



organizzativo, lavorativo, retributivo, di tutele a cui hanno diritto i medici ,convenzionati o dipendenti che siano. In merito alla posizione dello SMI su questi temi ho già ampiamente esplicitato in altra lettera pubblica . Poi la fuga di notizie rispetto al progetto del Ministro Schillaci di rendere i medici di famiglia dipendenti e la proposta di Forza Italia per mantenerli nell'alveo dell'area convenzionata. Proposta pasticciata di chi non conosce le modalità lavorative ed organizzative della medicina generale .Ispirata da Fimmg? Verrebbe di pensare di sì , considerato i risultati dello studio commissionato dalla Fimmg alla Mercer sulla possibilità di impiego dei medici convenzionati all'interno delle case di comunità e sui reiterati proclami del Presidente Anelli sulla disponibilità dei medici di famiglia a ricoprire venti milioni di ore e oltre nelle cosiddette case. E poi, l'entusiasmo dei dirigenti Fimmg , alla proposta .A pensar male si fa peccato , ma a volte ci si "azzecca". Il vero invitato di pietra in tutta questa faccenda non è il medico e la sua professione, non è il medico e i suoi diritti, ma il medico e la sua cassa previdenziale. E chiaro che se viene giù un sistema, questo avrà ripercussioni anche su Enpam. E anche questo è un tema divisivo per la categoria, perché ormai da tempo l'Ente previdenziale viene percepito come organismo che vive e sopravvive per se stesso e non già per fare gli interessi della categoria che lo sostiene economicamente. Enpam che, di fatto, condiziona tutte le trattative e le iniziative sindacali, come le condiziona anche la Fnomceo che, tramite il suo presidente è anche parte di Enpam. C'è stato un momento di comunione importante il 25 gennaio, poteva essere il principio per un percorso comune e condiviso da tutti al fine di trovare la soluzione migliore, in un momento critico per noi come categoria e singoli professionisti, in un momento in cui, causa la carenza dei medici, potevamo forzare e ottenere risposte che da vent'anni a questa parte la politica non ci dà . Dispiace che Snami sia uscita dall'intersindacale, perché quella che, invece , si è posta, nei fatti e concretamente, fuori dall' Intersindacale, è la Fimmg. Possibile recuperare? Seduti intorno ad un tavolo potremmo discutere di lavoro, contratti, Enpam e quant'altro anche con i sindacati della dirigenza perché non ci può essere una riforma del territorio che non coinvolga tutti. Certo se a quei tavoli non si è predisposti all'ascolto, ma prevale la convinzione che siccome si rappresenta la maggioranza della categoria , siccome si gestiscono i soldi della categoria, e siccome si gestisce la Federazione degli Ordini si ha la verità in tasca, allora non può funzionare.



Ma su questo anche i colleghi che alimentano questo sistema che ormai, appare avvitato su se stesso, dovrebbero fare una riflessione.

Pina Onotri

Segretario generale del Sindacato medici italiani



## Quotidiano Sanità

11.02.2025

Le proposte delle donne medico dirigenti per una effettiva riforma della medicina generale  
*di Liliana Lora, Fabiola Fini e altre*

**11 FEB** - *Gentile Direttore,*

in merito alla cosiddetta riforma della medicina territoriale, prima di discutere dello status giuridico del medico di medicina generale, toccherebbe rendere edotta la popolazione sul tipo di assistenza che si vuole offrire. Un servizio di capillarità e prossimità come erogano gli attuali studi di medicina generale? Allora questo non può prescindere dalla possibilità che viene data al cittadino, così come stabilito dalla legge 833/78, di affidarsi ad un medico di sua fiducia. Si vuole, in alternativa, offrire un'assistenza in una struttura territoriale che funzioni h 24 e che offre servizi vari, oltre l'assistenza di base? Tipo ospedale per intenderci. In questo caso non è la cura che si fa prossima al cittadino, ma il cittadino che deve recarsi nel luogo di cura.

Entrambi i modelli presentano i loro vantaggi e svantaggi. Stabilito il modello possiamo discutere dello status giuridico dei medici di medicina generale.

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

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

Come è irricevibile, anche, la proposta di FI che vuole i medici di famiglia 20 ore negli studi e 18 ore nelle Case di Comunità. Infatti, i giovani medici che, secondo il vigente ACN, dovevano



assumere il ruolo unico per gli incarichi attribuiti da gennaio 2025 in poi, sono restii ad accettare. Lavorare 38 h in Casa di Comunità e obbligatoriamente aprire uno studio in periferia per la presa in carico di pazienti si sforano i tetti sugli orari di lavoro e il Sindacato Medici Italiani, aveva proposto in sede di contrattazione, per il tramite del suo Segretario Generale, di adottare il part time (riduzione ore/ scelte) e di valorizzare lo straordinario (ore lavorate in più oltre le 38). Proposte naturalmente cadute nel vuoto, ma che sarebbero state sicuramente un incentivo.

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

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

- Bandi di assunzione per lavorare all'interno delle Case di Comunità con contratto ad ore di dipendenza o convenzione come quello degli specialisti ambulatoriali e relative tutele (maternità, malattia, ferie, infortunio).

- Modifica dell'art 8 della legge 592/92 per riassumere all'interno delle ASL e Case di Comunità i medici dei servizi, convenzionati ad ore che potrebbero assolvere parte degli impegni nelle Case di Comunità.

- Chiedere ai medici che lavorano a rapporto fiduciario di assumere un secondo incarico ad ore (con relative tutele) compatibile con il numero di scelte che hanno in carico, secondo l'attuale ACN ma con possibilità di limitare scelte/ore (part time).

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



***Le donne medico dirigenti dello SMI***

***Liliana Lora***

*Vice Segretario Nazionale Vicario SMI*

***Fabiola Fini***

*Vice Segretario Nazionale SMI*

***Santina Bianchi***

*Responsabile Nazionale SMI Specialistica Ambulatoriale*

***Cristina Patrizi***

*Segretario Regionale SMI Lazio*

***Tiziana Alescio***

*Segretario Regionale SMI Sicilia*

***Delia Epifani***

*Segretario Regionale SMI Puglia*

***Alessandra Moraca***

*Segretario Regionale SMI Marche*

***Antonella Giordano***

*Presidente Regionale SMI Molise*

***Claudia Felici***

*Responsabile Regionale Lazio Area Convenzionata*

***Marina Pace***

*Vice Segretario Vicario Regionale SMI Lazio*

***Beatrice Bene***

*Presidente Regionale SMI Sardegna*

***Ornella Flore***

*Vice Responsabile SMI Convenzionata Sardegna*

***Patrizia Margagliotti***

*Vice Segretaria Organizzativa SMI, Sardegna*



**Simona Luconi**

*Tesoriere SMI Sardegna*

**Renza Bollettin**

*Direttivo SMI Trento*

**Doriana Rivizzigno**

*Delegata aziendale SMI Bari*

**Natascia Giani**

*Presidente SMI Fvg*

**Antonella Di Michele**

*Consigliere Nazionale SMI Fvg*

**Giulia Cusmano**

*Delegata aziendale SMI Lecce*

**Maria Antonietta Eletti**

*Vice Presidente SMI Puglia*

**Elena Cimbalo**

*Direttivo SMI Umbria*

**Annamaria di Lorenzo**

*Presidente Collegio Probiviri SMI*

**Emira Ciodaro**

*Responsabile area convenzionata SMI Calabria*

**Ornella Mancin**

*Consigliere nazionale SMI*

**Lisa Pardi**

*Referente regionale SMI Lazio per la formazione*

**Cettina de Gerardis**

*Consigliere nazionale SMI*

**Sabrina Bonollo**

*Consigliere regionale e nazionale SMI Veneto*



**Valeria Pozzato**

*Consigliere Regionale e Nazionale SMI Veneto*

**Emanuela Zurrù**

*Direttivo regionale SMI Liguria*

**Silvia Santhià**

*Direttivo regionale SMI Piemonte*

**Ermelinda Luccarelli**

*Vice segretario Nazionale Organizzativo SMI*

**Tina De Maio**

*Responsabile Area Convenzionata SMI Benevento*

**Cettina De Gerardis**

*Consigliera nazionale SMI Lombardia*

**Piera Mattioli**

*Presidente SMI Marche*



6

Attualità



Mercoledì 12 Febbraio 2025  
www.quotidianodipuglia.it

**Sanità**

Med Digital e Servizi | 1739327

Non si spengono polemiche e dibattito sul deficit nei conti. Secondo i camici bianchi è conseguenza anche dei pochi investimenti fatti nella prevenzione

# Buco da 300 milioni, i medici: «Disorganizzazione delle Asl»

Giuseppe MARTELLA

Un deficit a tre cifre. E diverse "ricette" per cercare di guarire lo stato di salute della sanità regionale. Mentre si preannuncia un possibile buco da 300 milioni nel bilancio della Regione Puglia dovuto all'esplosione dei costi sanitari, non si placa il dibattito attorno a una questione che resta di assoluta rilevanza nel dibattito pubblico.

«Da tempo chiediamo la revisione del sistema sanitario pubblico attraverso interventi legislativi e tecnici - le parole di Ludovico Abbaticchio, presidente nazionale dello Smi, Sindacato medici italiani - tenendo conto che la spesa per la sanità copre oltre l'80% dei bilanci regionali. Siamo dinanzi a temi complessi e cronici che non riguardano soltanto la Puglia». Il numero uno dello Smi parte da un'analisi: «La mancata organizzazione e programmazione attorno alla Medicina territoriale, domiciliare e specialistica ha portato nel tempo a un eccesso di ospedalizzazioni, con l'esplosione della spesa farmaceutica ospedaliera e convenzionata. A tale riguardo - ricorda Abbaticchio - se come prevede la legge al paziente dimesso dall'ospedale per i successivi 28 giorni i medicinali fossero forniti dalle farmacie ospedaliere, i costi si abbatterebbero di quasi il 70%. Necessario sarebbe poi eliminare dai prontuari farmaceutici di ritrovati obsoleti e non più efficaci».

Altro tema introdotto da Abbaticchio e causa di spese importanti è quello delle convenzioni con il sistema sanitario specialistico e privato. «Che siano convenzioni dirette della Regione Puglia o delle singole Asl con le case di cura, ci troviamo dinanzi a un puzzle nel quale il servizio sanitario eroga pagamenti a strutture che non sono compensative ma in concorrenza con quelle pubbliche. Una serie di interventi potrebbero migliorare lo stato dell'arte - conclude - modifiche di carattere tecnico ma anche politico, se soltanto la politica avesse la forza di intervenire sulla visione globale del sistema sanitario pubblico».

«In attesa di comprendere quale sia lo stato reale del disavanzo, è giusto evidenziare - sottolinea Antonio De Maria, presidente dell'Ordine dei Medi-



La sanità nel 2024 ha prodotto un buco nei bilanci da circa 300 milioni di euro

ci di Lecce - che lo sfioramento dei tetti di spesa è una problematica ormai annosa e non riguarda soltanto le Asl pugliesi. Le aziende sanitarie acquistano farmaci innovativi che sono tutti ad alto costo ma dei quali non si può fare a meno, considerando le patologie che vanno a curare. Di contro, ad esempio, la spesa farmaceutica convenzionata è tenuta sotto controllo». De Maria insiste: «Per cercare di tenere sotto controllo i costi della spesa farmaceutica diretta si potrebbero apportare dei correttivi, ma una cosa deve essere chiara: il risparmio nella sanità non passa dal disinvestimento, limitare le spese senza una reale analisi preventiva porta soltanto una successiva esplosione dei costi. È assurdo mettere tetti di spesa - tuona - occorre investire bene in sanità». Il presidente dell'Ordine dei medici dice ancora: «Razionalizzare la spesa è importante, ma scendere sotto determinati standard significa fare malanità e alimentare la fuga dei pazienti verso strutture all'avanguardia e dotate degli ultimi ritrovati tecnologici e diagnostici fuori dal territorio regionale. In

nome del piano di rientro, una Regione non può non investire sulla salute - conclude De Maria - restando sempre più indietro e facendo pagare il costo più salato ai pazienti».

Sull'argomento, infine, interviene Giuseppe Mancarella segretario provinciale Cobas Lecce. «Da un lato i trasferimenti centrali non sono adeguati alle esigenze, dall'altro le spese della sanità creano voragini nel bilancio regionale. Così le criticità si scaricano sui cittadini e sui pazienti». Mancarella affonda il colpo: «I costi sono spesso il risultato di procedure di spesa quantomeno contorte e complicate, con le singole Asl che procedono in ordine sparso. Accade così per la spesa farmaceutica diretta, sarebbe opportuno procedere - rimarca - con un acquisto unificato, nel quale non è neanche la singola Regione ad andare a contrattare ma lo Stato. Altra soluzione possibile per controllare le spese ospedaliere sarebbe quella di erogare a ciascun reparto un budget complessivo e semplice da controllare, andando ad analizzare come i denari vengono spesi».



**HANNO DETTO**  
Conseguenza dell'eccessiva ospedalizzazione della sanità  
LUDOVICO ABBATICCHIO



Razionalizzare la spesa ok ma non si può disinvestire  
ANTONIO DE MARIA



Le aziende sanitarie vanno in ordine sparso  
GIUSEPPE MANCARELLA

## Oncologico, IA contro il tumore al seno Il nuovo sistema per diagnosi rapide

Un innovativo sistema che utilizza l'intelligenza artificiale per analizzare i dati clinici e le immagini ecografiche delle pazienti, permettendo, nel caso del tumore al seno, di predire lo stato del linfonodo sentinella senza bisogno di asportarlo e fare la biopsia, è stato realizzato dal laboratorio di Biostatistica e bioinformatica dell'Istituto tumori "Giovanni Paolo II" di Bari.

Adesso la direzione generale per la Proprietà industriale - Ufficio italiano brevetti e marchi (Uibm) ha concesso il brevetto per quello che è stato definito un "sistema e metodo per classificare lo stato metastatico di un linfonodo sentinella". A inventarlo sono state Raffaella Masafra, vicedirettrice scientifica nonché responsabile del labora-

torio, e le ricercatrici Samantha Bove, Maria Colomba Comes e Annarita Fanizzi. «Il sistema brevettato - spiegano dell'Istituto di ricerca e cure - utilizza sofisticati algoritmi di intelligenza artificiale per analizzare le immagini ecografiche delle pazienti affette da carcinoma mammario. Questo approccio consente di predire lo stato di salute del linfonodo sentinella, identificando la presenza di metastasi senza la necessità di asportarlo e sottoporlo a biopsia. Tale innovazione riduce i tempi, i costi e l'invasività del trattamento».

«Siamo estremamente orgogliosi di questo importante traguardo - afferma il direttore generale dell'oncologico, Alessandro Delle Donne -. Questo brevetto rappresenta un ulteriore



L'Ircs di Bari ha ottenuto il brevetto L'invenzione frutto dello studio di quattro donne

passo avanti nell'applicazione dell'intelligenza artificiale nella medicina oncologica». «Questo brevetto - aggiunge il presidente del Consiglio di indirizzo e verifica dell'Ircs, Gero Grassi - è un importante passo in avanti nella lotta contro il cancro, un settore dove stiamo facendo grandi progressi. Si tratta del se-

condo brevetto che otteniamo in questo biennio, confermando il nostro impegno nella ricerca e nell'innovazione. La nostra missione è quella di migliorare costantemente le cure e la qualità della vita dei pazienti, e questi risultati dimostrano che siamo sulla strada giusta».

Il brevetto è frutto del lavoro del laboratorio di biostatistica e bioinformatica dell'Istituto, a cui appartengono le invenzioni.

Oggi una elevata percentuale delle donne affette da cancro al seno sopravvive a 5 anni dalla diagnosi. Tuttavia, la percentuale di guarigione diminuisce in caso di metastasi ai linfonodi ascellari. Per questo motivo, diventa cruciale una diagnosi tempestiva e precisa dello stato linfonodale, in particolare della valutazione del linfonodo sentinella mediante biopsia. Questa procedura, purtroppo, è spesso onerosa e invasiva, rivelandosi realmente utile solo nel 15% dei casi. Ecco perché è fondamentale trovare un metodo alternativo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA