

GRUPPO DI LAVORO N. 4

Le sfide future del giovane medico tra insidie e opportunità

- **La plethora medica: come contrastarla per far “vincere” la programmazione sanitaria**
- **L’Intelligenza Artificiale: come utilizzarla nella formazione dei futuri specialisti**
- **La fuga dei medici all’estero: perché tutto ciò? Come contrastarla?**
- **“Specialità poco ambite”: come risolvere questa dicotomia?**
- **Il mondo universitario: come impreziosire la parte sana e isolare la parte malsana**
- **“Il richiamo della sanità privata”: come rendere attrattivo il mondo ospedaliero pubblico?**
- **“Il futuro è donna”: come superare la discriminazione di genere tra dottori e dottoresse?**

La plethora medica: come contrastarla per far “vincere” la programmazione sanitaria “Specialità poco ambite”: come risolvere questa dicotomia

Vi è una stretta correlazione tra i due punti, pertanto è necessario discuterli insieme.

In Italia non vi è carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia, ma piuttosto di medici specialisti assunti nel Servizio Sanitario Nazionale

- Programmare il numero di accessi al corso di laurea in medicina in base alle uscite dei medici in pensione
- Programmare i posti in specializzazione in base alla carenza di specialisti.

Come programmare le borse di specializzazione che vengono stanziati ogni anno?

- Banca dati di medici specialisti: chiedere agli ordini provinciali la specializzazione degli iscritti. I fabbisogni vengono stabiliti dalla conferenza stato regioni in maniera arbitraria non essendo attualmente disponibile una banca dati di medici specialisti.

Specialità poco ambite, come risolvere la dicotomia?

- Allargare l'erogazione dell'indennità che attualmente spetta solo ai medici di Pronto Soccorso anche alle altre specializzazioni più usuranti e/o poco ambite
- Incentivi ad hoc per gli specializzandi delle cosiddette “specialità poco ambite”
- Fusione di alcune specialità. Ci sono alcune specializzazioni che non hanno più senso di esistere come singole specialità ad esempio: otorinolaringoiatria e audiologia, farmacologia e tossicologia (che sono già state unite).
- Tronco comune nei primi anni che viene riconosciuto in caso di nuovo concorso Per MEU: Tronco comune che permette di lavorare in altri reparti in base ai mesi lavorati nel tronco comune stesso per creare una “via di uscita” verso reparti come medicina interna dopo 15/20 anni di servizio in emergenza urgenza.

Aumentare la quota variabile nella retribuzione nella specializzazione. Ciò che noi proponiamo per risolvere questa situazione, considerando la natura prettamente usurante e le maggiori problematiche medico-legali delle specialità prese in esame, è di andare ad incrementare la parte variabile differenziata per tipologie di specializzazioni del trattamento economico, di cui all’Art. 39. Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368, di 400 €. (Estratto Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368, Art. 39: “Il trattamento economico è costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso di specializzazione, e da una parte variabile, differenziata per tipologie di specializzazioni, per la loro durata e per anno di corso.”)

- Per i lavoratori che fanno turni notturni e lavoro usurante: ogni 5 anni aumento di un anno di contribuzione ai fini pensionistici (come per le forze dell'ordine)
- MEU, ANESTESISTI E CHIRURGHI: Considerare queste specializzazioni come usuranti, permettendo un più rapido pensionamento. Difatti, benché a suo tempo MEU e anestesisti siano stati inseriti tra le categorie esposte a lavoro usurante dal Dlgs. 273/93, restano esclusi dai benefici in quanto mai approvati i provvedimenti attuativi. INSERIRE LE CHIRURGIE ED APPROVARE DECRETO ATTUATIVO
- Medicina di comunità e cure palliative: CHIARIRE ALLO SPECIALIZZANDO LA PARTE DI PROGETTUALITA' POST FORMAZIONE chiarendo gli sbocchi post specializzazione. A Roma c'è stato un abbandono delle borse del 97%. Questo anche perché l'unico sbocco concreto per i futuri specialisti in M CCP sono appunto le cure palliative, essendo una specializzazione con la quale si può lavorare solo nel pubblico e per la quale attualmente non esistono concorsi come M CCP.
- Alcune specialità sono poco ambite perché richiedono un eccessivo lavoro notturno, reperibilità e festivi. Come soluzione aumentare le retribuzioni per i lavoratori notturni, per i turni di reperibilità e per i turni festivi.

L'intelligenza artificiale: come utilizzarla nella formazione dei futuri specialisti

L'intelligenza artificiale ormai è entrata nella nostra società ed è destinata a rimanerci, pertanto è necessario imparare a governarla.

Per fare questo dobbiamo essere formati su come usare l'AI sia in università che in specializzazione, vanno quindi inseriti dei corsi di formazione pratica e teorica sia nel corso di laurea in medicina sia nei corsi di specializzazione.

L'intelligenza artificiale (AI) riveste un ruolo sempre più rilevante nel campo medico, ma è importante considerare attentamente le sue implicazioni. In particolare, l'uso dell'AI per interpretare dati e supportare decisioni cliniche può comportare sfide e rischi.

Innanzitutto, l'AI si basa sull'addestramento su grandi quantità di dati. Se questi dati sono incompleti o mancanti, la macchina può "inventarsi" informazioni per riempire i vuoti. Questo può portare a interpretazioni errate o a conclusioni fuorvianti.

È fondamentale mantenere un equilibrio tra l'uso dell'AI e la competenza clinica dei medici. L'AI può fornire suggerimenti e indicazioni, ma non dovrebbe sostituire completamente il giudizio umano. I medici devono sempre considerare il contesto specifico del paziente, la loro esperienza e le linee guida cliniche quando prendono decisioni.

Alcuni sostengono che ci si debba affidare completamente all'AI, seguendo le sue raccomandazioni senza esitazione. Tuttavia, questa visione può essere rischiosa. La responsabilità finale deve sempre rimanere nelle mani dei professionisti medici, che devono valutare attentamente le informazioni fornite dall'AI e integrarle con la loro esperienza e conoscenza.

In sintesi, l'AI può essere uno strumento prezioso nella pratica clinica, ma deve essere utilizzata con cautela e consapevolezza dei suoi limiti. La collaborazione tra medici e intelligenza artificiale può portare a risultati migliori per i pazienti, ma la supervisione umana rimane essenziale per garantire la sicurezza e l'efficacia delle decisioni cliniche.

La fuga dei medici all'estero: perché tutto ciò? Come contrastarla?

Superare le differenze che esistono tra lo status del medico europeo e il medico in Italia quali:

- Gap retributivo deve essere adeguato a livello europeo
- Depenalizzazione atto medico (norma presente in tutta Europa tranne che in Polonia)
- Assicurazione professionale deve essere a carico dell'ospedale dove si lavora
- Rimuovere le incompatibilità lavorative
- Cultura del lavoro più dignitosa per permettere di conciliare vita lavorativa e vita privata

Il mondo universitario: come impreziosire la parte sana e isolare la parte malsana

Applicare le regole già esistenti in termini di accreditamento delle scuole di specializzazione.

Necessità di:

- Aumento del numero di rappresentanti degli specializzandi in Osservatorio Nazionale in modo da equilibrare il rapporto tra medici in formazione specialistica e gli altri rappresentanti presenti in osservatorio.
- accreditamenti rigorosi

“Il richiamo della sanità privata”: come rendere attrattivo il mondo ospedaliero pubblico?

Distinguere tra lavoro come dipendente nel privato “accreditato” e libero professionista nel privato “puro” (out of pocket o assicurazioni).

Nonostante l'assenza di dati ufficiali per quanto riguarda la retribuzione dei medici italiani in base alla specialità divisi tra chi lavora nel pubblico chi nel privato “puro”, è possibile formulare delle ipotesi circa il motivo per la “fuga” verso la sanità privata.

- Ipotesi numero 1) Maggiore retribuzione: è infatti noto come nel settore privato sia possibile svolgere prestazioni sanitarie meglio retribuite rispetto alle medesime prestazioni svolte all'interno del SSN. Le leggi di mercato permettono inoltre ai medici di “fare il prezzo” per le proprie prestazioni e il cittadino si trova sempre più spesso nella situazione di dover accettare il pagamento per via delle liste d'attesa spesso molto lunghe o addirittura chiuse. In Italia lo svolgimento dell'attività libero professionale è il solo strumento che il medico ha per avvicinarsi alla retribuzione dei suoi colleghi europei.
- Ipotesi numero 2) migliore qualità della vita lavorativa: come detto pocanzi il focus dell'attività libero-professionale in Italia riguarda attività di natura ambulatoriale e questo permette una qualità della vita migliore, riducendo il lavoro durante i festivi, il lavoro notturno e tutte le problematiche derivanti dall'organizzazione di turni presenti nelle attività di reparto ove si deve garantire assistenza H24. Inoltre, l'attività ambulatoriale privata consente una libertà da ambienti ospedalieri spesso malsani e carichi di una cultura lavorativa di tipo gerontocratico e nella quale la progressione professionale si basa spesso su rapporti di amicizia di tipo personale al di fuori di ogni logica meritocratica. Per questi motivi il privato “puro” risulta più competitivo nell'attrarre medici rispetto al pubblico, non a caso le specializzazioni maggiormente colpite dalla carenza dei medici sono l'emergenza-urgenza e la terapia intensiva, rianimazione ed anestesia, le quali hanno la peggior qualità della vita lavorativa e le minori retribuzioni proprio a causa della maggiore difficoltà nello svolgere attività privata.

Come rendere attrattivo il mondo ospedaliero pubblico?

Come si evince dalle cause della maggiore attrattività attuale del privato rispetto al pubblico, per riportare i medici all'interno del SSN è opportuno agire sulla qualità della vita lavorativa e sulla retribuzione.

- **Qualità della vita lavorativa:** è opportuno programmare un maggior numero di assunzioni per quanto riguarda le specialità ospedaliere e di assistenza H24 in modo da ridurre il numero di turni notturni e festivi per singolo medico, ridurre le difficoltà nella gestione dei permessi, delle ferie etc pur riuscendo a garantire il LEA della struttura in questione. Inoltre, è necessario un cambiamento ideologico della gestione gerarchica dei reparti ospedalieri consentendo una visione più umana del lavoro di medico ed implementare un maggior controllo al fine di limitare fenomeni di mobbing.
- **Retribuzione:** è necessario aumentare sostanzialmente la retribuzione del lavoro del medico all'interno del sistema sanitario nazionale, adeguare gli stipendi all'inflazione e aumentare la retribuzione del lavoro notturno e durante i festivi in maniera tale da avvicinare la retribuzione del medico ospedaliero a quella dei colleghi europei e di conseguenza rendere più attraente il lavoro all'interno del SSN, così facendo si dovrebbe riuscire a ridurre il divario salariale tra le specialità che consentono il lavoro privato ambulatoriale rispetto a quelle ospedaliere e legate al SSN

“Il futuro è donna”: come superare la discriminazione di genere tra dottori e dottoresse?

- La tecnologia può essere molto da aiuto per l'abbattimento delle differenze di genere: permette di insegnare non più 1 a 1 ma 1 a 1000.

- Aggiungere demografia di genere in medicina: c'è discriminazione di genere nelle posizioni apicali dal punto di vista statistico.

Soluzione: criteri di valutazione oggettivi del direttore di UOC con una valutazione ogni 5 anni basata su criteri oggettivi e tetto al numero massimo di incarichi da Direttore di UOC nella medesima struttura.

Motivatori

Gian Marco Petrianni
Ilaria Ceccarelli

Componenti

Cesare Civitelli
Rossella D'Aniello
Diego Chilà
Francesco Leonforte
Antonio Libonati
Tiziano Pergolizzi
Fabio Nicoli
Giacomo Petrucci