

# CI!

## d!rigenza medica

- 2 Studio Anaaò su fabbisogno 2018  
Analisi e proposte
- 8 Interviste ai segretari regionali  
Adriano Benazzato (Veneto)  
e Edoardo Bonsante  
(PA Bolzano)
- 10 Incontro Anaaò Giovani - EJD  
I giovani medici italiani  
non sono soli
- 13 Dirigenza sanitaria  
Diagnosi della sepsi, la vera  
urgenza in laboratorio

Il mensile dell'Anaaò Assomed

**ANAAO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

# MEDICI E DIRIGENTI SANITARI IN PIAZZA

# PER IL SSN E PER LA DIGNITÀ DEL LORO LAVORO

## RISORSE

## ASSUNZIONI

## CONTRATTO

# SUBITO!

## Pat Carra per l'Anaa Assomed



**Guarda  
tutte le vignette  
nel video  
Anaa Web TV**



Apri il lettore QR  
code del tuo  
dispositivo e  
inquadra il codice  
con il display per  
leggerne il  
contenuto.

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d|rigenza  
medica**

Sede di Roma:  
via XX Settembre, 68  
Tel. 06.4245741  
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:  
via D. Scarlatti, 27

[dirigenza.medica@anaao.it](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

**Direttore**  
Carlo Palermo

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

### Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma  
Giorgio Cavallero  
Pierino Di Silverio  
Fabio Florianello  
Gabriele Gallone  
Filippo Gianfelice  
Domenico Iscaro  
Elisabetta Lombardo  
Cosimo Nocera  
Anita Parmeggiani  
Alberto Spanò  
Anna Tomezzoli  
Costantino Troise  
Bruno Zuccarelli

### Coordinamento redazionale

Ester Maragò

### Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

**Editore**  
Edizioni Health Communication  
Via Vittore Carpaccio 18  
00147 Roma  
Tel. 06.59.44.61  
Fax 06.59.44.62.28

### Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)  
Registrazione al Tribunale  
di Milano n. 182/2002  
del 25.3.2002.

Poste Italiane S.p.A.  
Spedizione in Abbonamento  
Postale - 70% - DCB Roma

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza  
Medica" garantisce la massima  
riservatezza dei dati forniti dagli  
abbonati nel rispetto della legge  
675/96

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare  
nel mese di ottobre 2018

Finanziamento adeguato del FSN

Assunzioni

Rinnovo del contratto di lavoro

# LA PROTESTA DEI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI

## DAL SIT-IN DEL 17 OTTOBRE ALLO SCIOPERO DEL 9 NOVEMBRE

**Grande successo del sit-in del 17 ottobre a Roma in Piazza Montecitorio.**

I medici e i dirigenti sanitari dell'Anao hanno partecipato numerosissimi alla prima tappa della protesta che culminerà nello sciopero nazionale di 24 ore venerdì 9 novembre. La protesta seguirà l'iter della manovra di bilancio in Parlamento, affinché il Governo e le Regioni trovino le risposte adeguate alle istanze sollevate dalla categoria: finanziamento adeguato del Fondo sanitario nazionale, assunzioni di medici e dirigenti sanitari, sblocco della trattativa per il rinnovo del contratto di lavoro fermo da 10 anni.



Segue a pagina 15



# La formazione e l'impiego del personale medico specialistico nel Ssn

## Analisi e proposte di intervento

A cura di

**MATTEO D'ARIENZO**  
Consiglio Direttivo  
Cosmed-Delegato  
Anaa Assomed

**FABIO RAGAZZO**  
Direttivo  
Nazionale Anaa  
Giovani

**DOMENICO MONTEMURRO**  
Esperto  
indipendente in  
organizzazione e  
programmazione  
sanitaria

**COSTANTINO TROISE** Presidente  
Nazionale Anaa  
Assomed

**CARLO PALERMO**  
Segretario  
Nazionale Anaa  
Assomed

**L'elaborazione delle fonti informative** presenti nei vari registri (Miur, Ministero della Salute, Anvur, Conto Annuale del Tesoro (Cat), Fnomceo, Enpam, Istat) ha consentito di **dettagliare la relazione tra pensionamenti, accessi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia e la formazione post-laurea (scuole/contratti di specializzazione), mettendo in luce i fenomeni già in essere, quali:** "imbuto formativo", ovvero il gap tra numero di accessi al corso di laurea in

Medicina e Chirurgia, cresciuto negli ultimi anni e dilatato enormemente da sentenze cautelative del Tar tra il 2013 e il 2015, e l'insufficiente numero di contratti specialistici; "imbuto lavorativo", ovvero la difficoltà di soddisfare un'alta domanda occupazionale prevalente post specialistica (necessaria per il sostenimento di qualità del Ssn), per un rallentamento delle assunzioni nel Ssn secondario al blocco del turnover legato ai piani di rientro delle Regioni con squilibrio di

bilancio e alla norma della legge finanziaria del 2010 (Governo Berlusconi/Tremonti) che limita la spesa per il personale a quella del 2004, ridotta dell'1,4%.

Alle soglie del 2019 questi due fenomeni, considerati e dimostrati essere obiettivamente fonte di logorio del Ssn e del processo di continuità formativa medica, risultano carichi di risvolti su qualità delle cure e su qualità formativa nel confronto con altre realtà europee.



## Anaao Assomed negli ultimi 10 anni, ed in maniera sistematica negli ultimi 5, ha ampiamente affrontato, attraverso studi descrittivi di settore, il problema della programmazione dei fabbisogni di medici specialisti operanti nel Servizio sanitario nazionale (Ssn)

### IL PROBLEMA DELL'IMBUTO FORMATIVO: UN GRAVE DANNO GENERAZIONALE CON IMPORTANTI RISVOLTI SULLA PROFESSIONALIZZAZIONE DEL MEDICO

Ogni modifica al tempo zero del numero di accessi al corso di laurea di Medicina e Chirurgia porta ad un risultato a 10-12 anni di distanza; per tale ragione ogni intervento sul cosiddetto “numero chiuso” per l'accesso al corso di laurea richiede un razionale programmatorio a 10-12 anni (termine dell'eventuale specializzazione con durata quinquennale, ovvero il percorso più lungo). Nel recente passato, la mancata considerazione di questa latenza temporale tra intervento ed effetto, ha minato una programmazione che ha omesso un preciso calcolo pluriennale delle necessità reali di medici specialisti per determinare il numero di accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia, basandosi piuttosto su esigenze “particolari” e non di sistema.

Gli errori di questa “non programmazione” sono oggi più che mai drammaticamente manifesti.

#### Gli accessi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia

La “cattiva programmazione” ancora oggi inspiegabilmente perseguita ha stabilito un ulteriore aumento dei posti a “numero chiuso” per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia per l'anno accademico 2018/2019 (oltre + 7% rispetto all'anno precedente), nonostante il numero di accessi nel recente passato sia sempre stato sovrastimato rispetto alle reali necessità future di medici laureati, considerando anche l'ulteriore espansione per i ricorsi al Tar negli anni accademici 2013/2014 e 2014/2015.

La proposta di modifica dell'attuale me-

todologia di selezione per l'accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, abbracciando il cosiddetto “sistema alla francese” (accesso libero e sbarramento tra primo e secondo anno), non può rappresentare un cavallo di Troia per liberalizzare gli accessi rinunciando alla programmazione dei futuri professionisti. Si rischierebbe, se l'intento finale fosse questo, di trasformare l'intero percorso di laurea in una fabbrica delle illusioni. Infatti, il “numero chiuso” ha una doppia finalità: “garantire la qualità e la continuità della formazione in base alle strutture che possono ospitare e formare gli studenti; garantire l'occupazione per evitare inutili e dannose pletore già viste in pas-

Tabella 1. I numeri della formazione post-lauream

Anno accademico	Posti a numero programmato corso di laurea in medicina e chirurgia	Contratti di formazione per la Medicina Generale (MMG)	Contratti specialistici MIUR	Contratti specialistici regionali	Laureati (stima con tasso di laurea di 89,8%)	Posti post-lauream totali	Percentuale di laureati che non possono accedere a formazione post-lauream
2008/09	7.547	851	5.000	500	6.795	6.351	6,5%
2009/10	8.508	852	5.000	500	6.687	6.352	5,0%
2010/11	9.527	929	5.000	500	6.709	6.429	4,2%
2011/12	10.464	976	5.000	500	6.702	6.476	3,4%
2012/13	10.173	976	4.500	500	6.564	5.976	9,0%
2013/14	11.957*	1.002	5.000	500	6.615	6.502	1,7%
2014/15	17.983**	989	6.000	500	6.777	7.489	0,0%
2015/16	9.530	1.027	6.133	592	7.640	7.752	0,0%
2016/17	9.224	1.095	6.105	571	8.555	7.771	9,2%
2017/18	9.100	2.128	6.200	734	9.397	9.062	3,6%
2018/19	9.779	1.095	6.200	734	9.135	8.029	12,1%
2019/20		1.095	6.200	734	10.737*	8.029	25,2%
2020/21		1.095	6.200	734	16.149**	8.029	50,3%
2021/22		1.095	6.200	734	8.558	8.029	6,2%
2022/23		1.095	6.200	734	8.283	8.029	3,1%
2023/24		1.095	6.200	734	8.172	8.029	1,7%
2024/25		1.095	6.200	734	8.782	8.029	8,6%

\*: include + 1800 ricorsi al TAR  
 \*\*: include + 900 ricorsi al TAR

Studio Fabbisogno Anaao 2018

Tabella 1.

I numeri della formazione post-lauream. I numeri in rosso sono stime, dal 2018/19 in poi ad invarianza di programmazione rispetto all'anno precedente. Le borse Mmg aggiuntive deliberate per quest'anno sono state considerate “una tantum”. La stima dei laureati è eseguita tenendo conto di un tasso stimato di laurea dell'89,8% degli studenti di Medicina entrati tramite concorso 7 anni prima (l'anno accademico dei concorsi è da sempre sfalsato di un anno rispetto a quello dei corsi di laurea; ad esempio uno studente entrato a medicina nell'AA 2012/13 che si laurea in corso, proverà i concorsi post-lauream dell'AA 2018/19 il prossimo anno).

# Studio Anaa su fabbisogno

sato” (Angelo Mastrillo, Segretario Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie).

La tabella 1 evidenzia come i posti programmati per la formazione post-lauream negli ultimi 10 anni (contratti specialistici), siano sempre stati insufficienti rispetto anche al solo numero di laureati annuali (ad eccezione del 2015 e 2016). Con questo sbilanciamento tra domanda e offerta formativa specialistica, accedere alla formazione post-lauream è diventato sempre più difficile, proprio per l’accumularsi anno dopo anno degli esclusi.

Purtroppo l’aumento dei posti a “numero chiuso” per l’accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia senza una valutazione affidabile dei fabbisogni reali di medici e senza un conseguente adeguamento del numero di contratti di formazione specialistica, ha creato un aumento dell’imbuto formativo e la carenza di specialisti specie nel Ssn, ad oggi resi ancora più insufficienti per la combinazione della gobba pensionistica e del blocco delle assunzioni. Fiaso ha stimato l’ammanco di 11.800 medici specialisti nei prossimi 5 anni, anche con il totale sblocco del turnover. Ma la realtà potrebbe essere ben più severa.

**L’imbuto formativo** obbliga annualmente giovani medici neolaureati a congelare il loro percorso formativo, non avendo a disposizione contratti di formazione specialistica. Ad invarianza di programmazione, il numero di esclusi dalle scuole di specializzazione è destinato ad aumentare annualmente sia per il progressivo incremento del numero programmato, sia per il sommarsi annuale degli esclusi stessi; in particolare nel 2020 e 2021 insisterà la pleora di neolaureati per i passati ricorsi

TAR (9800 studenti in aggiunta agli ordinari stabiliti per gli anni 2013/2014 e 2014/2015) (Grafico 1).

In questo scenario, si innesta positivamente l’azione delle Regioni che quest’anno hanno contribuito all’aumento del numero di contratti di formazione specialistica, con maggior peso per il corso di formazione specifica in Medicina generale. Purtroppo, tale aumento è ancora ampiamente insufficiente per risolvere gli effetti dell’errata programmazione degli anni precedenti che, nell’anno accademico 2024/2025, vedrà nell’imbuto formativo oltre 20mila medici, alla ricerca spasmodica di uno sbocco formativo e lavorativo nel Ssn. Pertanto, l’entità numerica dell’imbuto formativo è destinata a quasi triplicare nell’arco di 3 anni, per l’elevato numero dei laureati e soprattutto per i circa 10.000 ricorsi al Tar entrati in sovrannumero nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia tra il 2013 e il 2014. Nel triennio 2022/2024 si realizzerà un “plateau”, con il numero di neo-laureati medici nell’imbuto destinato a rimanere pressoché costante, secondariamente all’aumento del numero degli accessi al corso di laurea in Medicina stabilito dal Miur dal 2015 al 2017. Nel 2025 sarà previsto ancora un incremento, causato dall’ulteriore aumento degli accessi al corso di laurea in Medicina deciso per quest’anno.

## LE PROPOSTE PER IL SUPERAMENTO DELL’IMBUTO FORMATIVO E DELL’ODIERNO DEFICIT DI MEDICI SPECIALISTI

### Premessa

Per poter arginare efficacemente il grave problema dell’imbuto formativo e della carenza di medici specialisti nel Ssn,

è fondamentale intervenire quanto prima proprio per i risvolti a lungo termine derivanti da ogni azione programmatica; a questo scopo si suggerisce di emanare un decreto legge ad hoc per le criticità occupazionali che richiedono un intervento urgente e un disegno di legge concordato con ministeri interessati, regioni e rappresentanti dei professionisti per il cambiamento del processo di formazione post-lauream. Anaa ha sviluppato proposte valide ed attuabili in tempi ragionevolmente brevi.

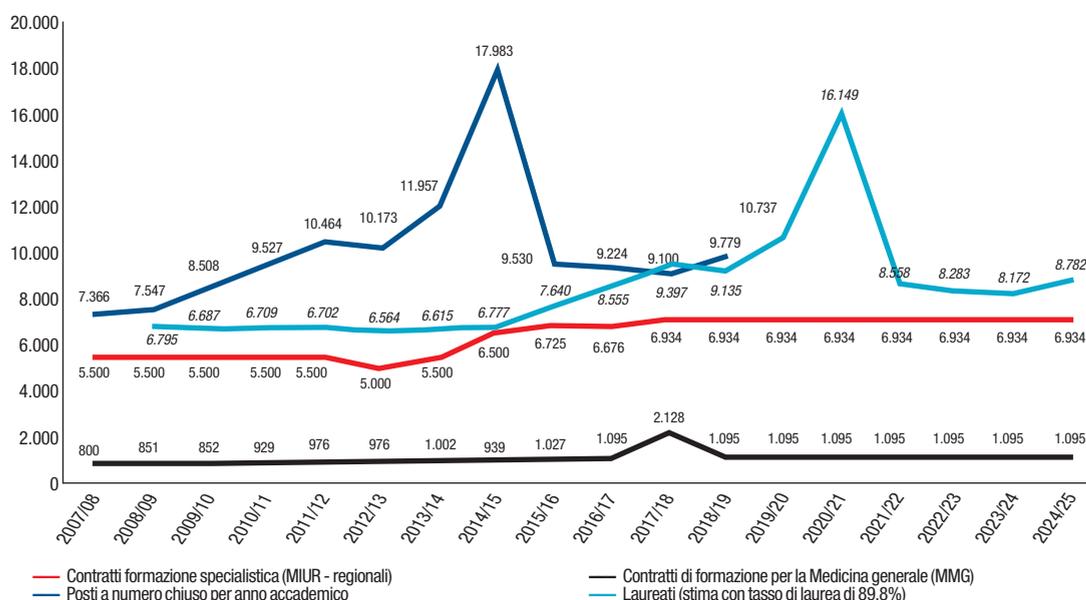
## PROPOSTE DI SOLUZIONI CON LOGICA STRUTTURALE

### 1) Formazione-lavoro nei TH - ultimo biennio

L’ultimo biennio di specializzazione (triennio in caso di durata di 5 anni) viene svolto in ospedali di insegnamento (*Teaching Hospital, TH*) per “imparare facendo”, con un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato, con competenze ed autonomie professionali crescenti, da svolgersi presso strutture del SSN validate, con insegnamento della parte teorica a carico delle Università.

La proposta nello specifico prevede, dopo gli anni del “tronco comune” passati “tra le mura” universitarie, il completamento obbligatorio della formazione per 24-36 mesi in strutture prevalentemente ospedaliere che abbiano specifici requisiti mediante la stipula di un contratto ad hoc, a tempo determinato, a scopo formativo e finanziamento regionale. Questa nuova tipologia di contratto assume caratteri migliorativi rispetto al contratto attualmente impiegato (unicum tra i grandi paesi europei) secondo il quale lo specializzando è più studente che lavoratore, con

**Grafico 1. Confronto tra accessi ai corsi di laurea in medicina, laureati, contratti di formazione specialistica e posti per corso di formazione specifica in Medicina generale**



**Grafico 1**  
Analisi grafica descrittiva della programmazione della formazione del Personale Medico Italiano, dal numero chiuso per l’accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia, ai contratti per la formazione specialistica post-lauream (Miur + Regioni) e le borse di studio per la Medicina generale.

assai ridotti diritti e tutele.

Dopo il primo semestre passato nel TH a “imparare” e sempre affiancato a un medico tutor, nei 18/30 mesi successivi lo specializzando acquisisce graduale e piena autonomia nelle attività di base del medico specialista (guardie diurne e notturne, attività di reparto). Un medico strutturato deve essere sempre presente o comunque raggiungibile nel caso il medico in formazione/lavoro ne richieda l'intervento.

Progressivamente verrebbe impiegato in attività formative di alto livello, inizialmente tutorate poi in crescente autonomia (es. sala operatoria da primo operatore, visite specialistiche, consulenze, in base ai percorsi già previsti dalla normativa vigente). Entrambi i tipi di attività (di base e di alto livello) saranno descritte in un *log book* specifico e informatizzato, con griglie di apprendimento con previsione di non conformità, in modo da caratterizzarle al meglio, tutelare il medico in formazione e garantire un elevato standard di cura. Per alcune specialità come Anestesia e Rianimazione, Radiologia e altre dell'area dell'emergenza/urgenza, si dovrà definire in ogni caso una particolareggiata *job description*.

Lo svolgimento di queste attività sarà possibile solamente in strutture qualificate appartenenti al Ssn, una sorta di “rete neurale”, una vera rete formativa, non esclusivamente la casa-base universitaria, con i vari snodi (le strutture accreditate) che possono essere indifferentemente ospedalieri o universitari. Le strutture della rete formativa dovranno sottostare a rigide regole di accreditamento, dovrebbero avere volumi di attività compatibili con percorsi di qualità professionale, qualità del Piano Nazionale Esiti, Case Mix adeguato

e anche una “patente” di affidabilità circa le modalità di impiego dei loro operatori, quali un numero di contratti atipici non superiore al 2%, dotazioni organiche al completo nei precedenti 6 mesi.

#### ***I risvolti economici della proposta formativa sopradescritta***

Si propone un cofinanziamento Stato/Regioni degli ultimi anni di specializzazione. Calcolando due anni (e valutando il numero medio di specializzandi per anno in 6110, media dei contratti Miur degli ultimi anni), la proposta consentirebbe allo Stato il risparmio di 158,86 milioni di euro (79,43 milioni per anno, cioè il 50% del finanziamento attuale) che diviso 76mila euro (nuovo costo statale di una borsa quadriennale) permetterebbe la stipula di 2090 nuove borse di durata quadriennale. In carico alle Regioni rimarrebbe il finanziamento della quota parte dei contratti di formazione lavoro conseguentemente all'impegno dello specializzando nelle strutture sanitarie.

Vi sono anche altre fonti di finanziamento, che saranno discusse più avanti, per la copertura di ulteriori contratti di formazione nel caso si decidesse di svuotare rapidamente l'imbuto formativo.

#### ***L'inquadramento contrattuale***

È chiaro che la proposta dovrebbe passare attraverso un nuovo inquadramento contrattuale dei medici in formazione, che garantisca loro piene tutele previdenziali e assistenziali, nell'area della dirigenza medica come “dirigente medico in formazione”. La retribuzione potrebbe essere quella base del Ccnl della dirigenza medica.

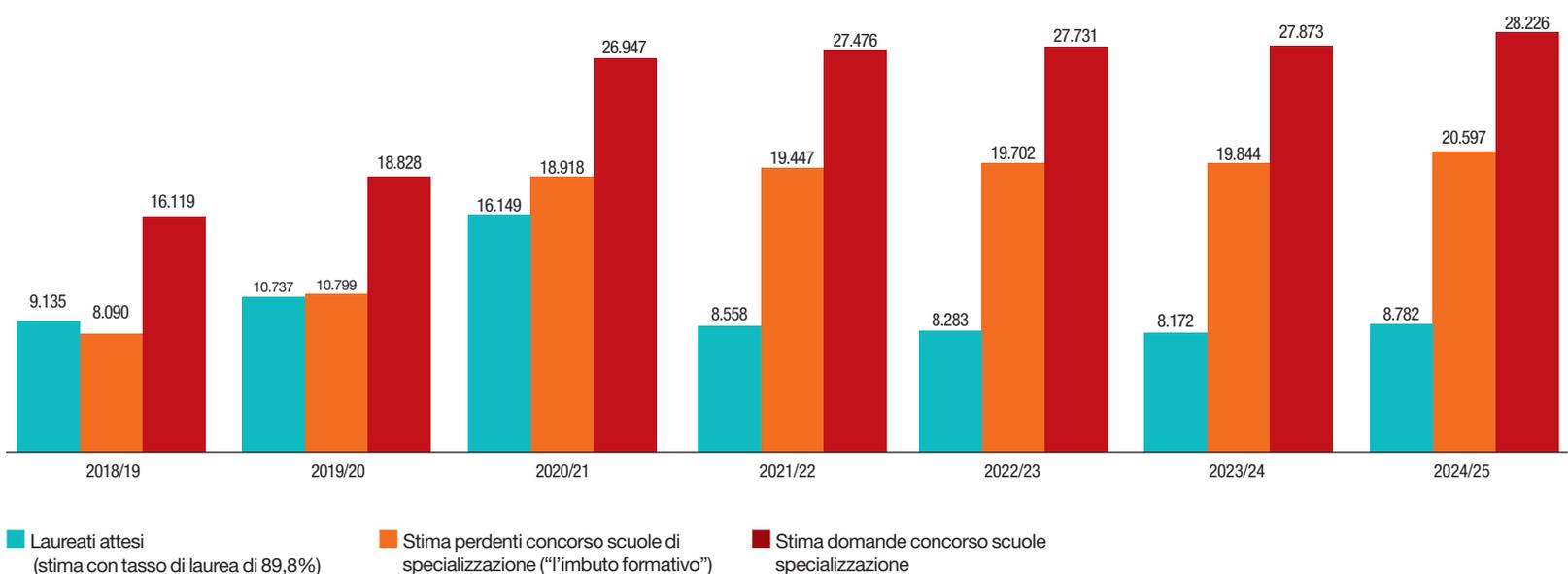
**Per alcune specialità come Anestesia e Rianimazione, Radiologia e altre dell'area dell'emergenza/urgenza, si dovrà definire in ogni caso una particolareggiata job description.**



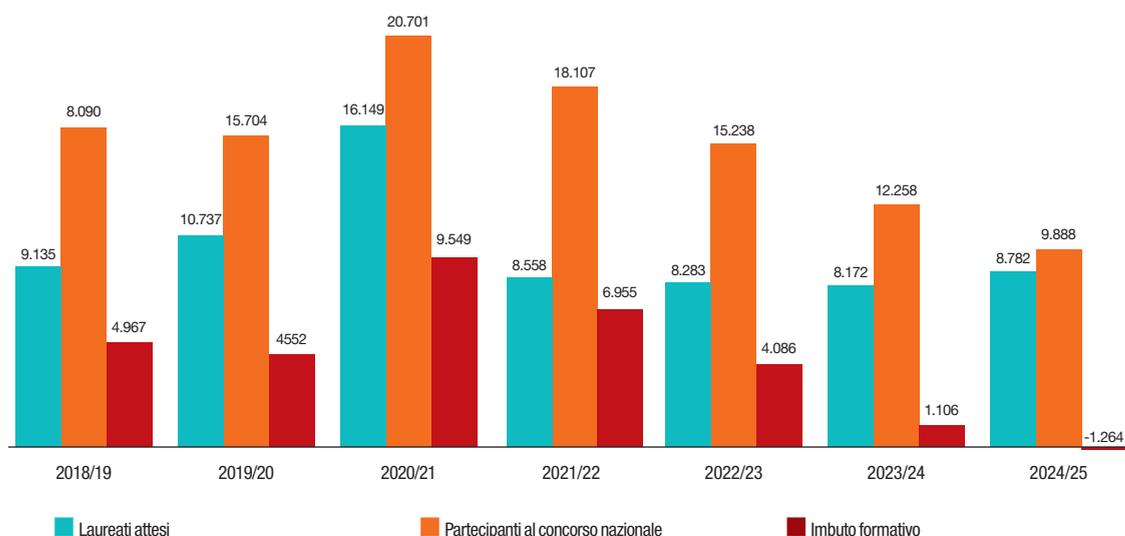
#### **Grafico 2**

**Studio Anaa 2018: stima del numero di laureati, domande per il concorso di specializzazione ed “imbuto formativo”, ovvero il numero di giovani medici che non troveranno accesso alla formazione post-lauream. La stima è eseguita tenendo conto del numero di posti 2017/2018 per la formazione post-lauream (contratti specialistici Miur + regionali, borse di studio corso di formazione specifica in Medicina generale, ad eccezione dei posti aggiuntivi deliberati per quest'ultimo corso, considerati “una tantum” solo per quest'anno) con ipotetica invarianza di programmazione (contratti-borse/anno). La stima dei laureati è eseguita tenendo conto di un tasso stimato di laurea dell'89,8% (ultimo dato disponibile) degli studenti di Medicina entrati tramite concorso 7 anni prima. Il margine di errore dei progressi studi Anaa rispetto al reale numero di domande per il concorso specializzazione, negli ultimi due anni, è stato inferiore al 2,5%, confermando la validità del metodo seguito.**

**Grafico 2. Stima del numero di laureati, domande per il concorso di specializzazione ed “imbuto formativo”**



**Grafico 3. La “cura” Anaao**



## Grafico 3

La “cura” Anaao: il fenomeno dell’imbuto formativo con i nuovi 2090 contratti di formazione specialistica/anno, a invarianza di programmazione degli accessi a Medicina per i prossimi 6 anni (9779 nel 2018/19) e dei posti a disposizione per il corso di formazione specifica per la Medicina generale previsti per quest’anno (2128). La proposta sopra descritta è una possibile soluzione sia all’imbuto formativo a medio-lungo termine (entro 7 anni si estinguerebbe), sia alla carenza odierna di specialisti (i medici in formazione degli ultimi anni garantirebbero alcune attività mediche di base in autonomia, liberando risorse per attività specialistiche). In questo modo inoltre si garantirebbe un più precoce ingresso nel mondo del lavoro ai medici in formazione, in linea con quanto già avviene nel resto d’Europa. Comunque nel settore dei Dea e dei PS la carenza di personale medico è così ampia (circa 1200 unità secondo Simeu) e gli specializzandi in Medicina di Emergenza/Urgenza così pochi (740 le iscrizioni dell’ultimo quinquennio) che bisognerà immaginare soluzioni particolari senza superare il vincolo della specializzazione.

Studio Fabbisogno Anaao 2018

### 2) Il modello europeo: La formazione medico specialistica totalmente a carico del Ssn

L’Italia è l’unico paese europeo nel quale l’Università ha il monopolio della formazione medico-specialistica. Il giudizio della qualità formativa universitaria, a detta degli stessi specializzandi, è spesso insufficiente e, quando confrontata con quella delle strutture del Ssn, è nettamente inferiore (Fonte: Survey Anaao Giovani 2017).

Guardando agli altri paesi europei, gli specializzandi sono integrati e spesso dipendenti dei servizi sanitari nazionali. In Italia, sono ibridi tra studenti e lavoratori, una figura assai difficile da inquadrare nell’ottica di diritti e doveri. La nostra proposta prevedrebbe il passaggio della gestione della formazione specialistica pratica dal Miur al Ministero della Salute, con

rilascio del titolo a carico dell’Università. L’Università continuerebbe a offrire la formazione teorica agli specializzandi, che verrebbero inquadrati contrattualmente sin da subito come lavoratori, con contratto di lavoro a tempo determinato a scopo formativo, e parteciperebbe al controllo della qualità del percorso. La formazione pratica si svolgerebbe in ospedali di apprendimento con volumi minimi soglia per ogni specialità, stabiliti dalle Regioni; tra essi sarebbero annoverati, se idonei, anche gli ospedali universitari, attualmente detentori esclusivi della formazione medica specialistica. Le tutele previdenziali e assistenziali sarebbero superiori a quelle odierne, essendo garantite da un contratto di lavoro e non da un contratto di formazione che considera i medici come studenti.

### Il percorso di specializzazione: da medico in formazione post-lauream a specializzando (primo anno)

Il primo step formativo sarebbe assimilabile all’attuale tronco comune per area medica, chirurgica, dei servizi. Il primo anno servirebbe per un approccio del giovane medico al mondo del lavoro, per cominciare la pratica medica dopo anni di studio principalmente teorico. Il giovane medico non è ancora in grado di svolgere attività specialistiche in autonomia, pertanto svolge solo attività mediche di base, seguendo le direttive del proprio tutor. La parte teorica verrebbe fornita dall’Università.

### Il percorso di specializzazione: da specializzando ad assistente (secondo e terzo anno)

Superato il primo anno, il giovane medico guadagna la qualifica di “specializzando”. Esso partecipa alle attività specialistiche proprie della materia scel-

ta, inizialmente sempre tutorate, poi con autonomia crescente a seconda della complessità delle attività. Al termine del terzo anno, guadagna la qualifica di “assistente”.

### Il percorso di specializzazione: da assistente a specialista (quarto e quinto anno)

L’assistente, nella lingua italiana, è un “titolo di varie attività professionali o a queste assimilabili, che si esplicano in un’opera di coadiuvazione tecnica con il titolare o responsabile principale dell’attività stessa” (definizione tratta da Vocabolario online Treccani).

La figura dell’assistente sarebbe assimilabile a quella di un “quasi specialista”. Il giovane medico, dopo 3 anni di formazione continua e a complessità progressiva ma sempre affiancato da un tutor nelle attività specialistiche, è quasi formato come specialista.

L’assistente acquisisce graduale e piena autonomia nelle attività specialistiche. Un tutor deve sempre essere presente e comunque raggiungibile, nel caso l’assistente ne richieda l’intervento. Lo svolgimento di queste attività sarà possibile solamente in strutture qualificate appartenenti al Ssn.

Riassunto dell’iter formativo:

- 1. Medico in formazione post-lauream (primo anno):** nessuna autonomia
- 2. Specializzando (secondo e terzo anno):** attività di base con progressiva autonomia, attività specialistiche sempre tutorate
- 3. Assistente (quarto e quinto anno):** attività di base e attività specialistiche in autonomia, con tutor sempre disponibile in caso di bisogno

Dovrà essere prevista, durante l’iter formativo, la possibilità di formazione all’estero, con una borsa di studio ad hoc della durata massima di 12 mesi. A scelta del medico, sarà possibile prolungare la permanenza all’estero fino a 18 mesi, ma in regime di aspettativa senza assegni.

### La figura del tutor: il rilancio del medico del Ssn

Il tutor è una figura chiave del nuovo sistema formativo da noi proposto. Troppo spesso, in quello attuale, il tutor è solo sulla carta, senza alcun potere decisionale sulla formazione del giovane medico, ostaggio del volere del Direttore di Scuola di Specializzazione.

Il tutor sarebbe uno specialista con almeno 5 anni di specializzazione ed esperienza. Dovrebbe superare un concorso su base aziendale per poter esercitare la sua funzione. Tale attività sarebbe retribuita con una voce stipendiale specifica. La sua attività sarebbe giudicata dagli

specializzandi stessi e dal Direttore di Struttura ogni 3 anni. Può perdere la qualifica se ritenuto non più idoneo.

### 3) Il doppio canale formativo

È una proposta “salvagente”, ovvero è quella, tra le tre elencate, che può servire a risolvere il problema dell’imbuto formativo ma che rischia di creare disequilibrio formativo tra gli stessi medici in formazione (una parte a carico del Miur, una parte a carico delle Regioni). Il 28 febbraio 2018, a pochi giorni dalla scadenza della XVII legislatura nazionale, è stato siglato un “accordo preliminare in merito all’intesa prevista dall’articolo 116, terzo comma, della Costituzione”, tra il Governo della Repubblica Italiana e le Regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna. All’articolo 2 dell’allegato “Salute”, sono presenti numerose aperture riguardo a una maggiore autonomia delle Regioni riguardo la specializzazione dei medici. Oltre alla possibilità di aumentare i contratti di formazione specialistica “classici”, le Regioni potrebbero prevedere un “canale alternativo”, ovvero assumere medici con contratto di lavoro ed iscriverli in soprannumero alle scuole di specializzazione. Tale proposta, già presente nell’articolo 22 del Patto per la Salute di qualche anno fa, era stata accantonata per vari motivi, tra i quali spiccava l’inquadramento contrattuale dei giovani medici nell’area del comparto: una soluzione inaccettabile. Anao potrebbe prendere in considerazione la proposta, a patto che vengano rispettate tre *conditio sine qua non*.

**Il primo punto** fermo e imprescindibile: i medici in formazione non devono mai essere sostitutivi del personale di ruolo, ma sempre aggiuntivi ad esso. Se un’unità operativa dovesse rientrare nei canoni voluti dall’accreditamento per la formazione specialistica per adeguati volumi di attività ma non dovesse avere personale dedicato, semplicemente non potrà avere medici in formazione. **Il secondo punto**: il medico in formazione deve essere inquadrato nell’area della dirigenza medica, con la qualifica di “dirigente medico in formazione”, con retribuzione e job description definite nel Ccnl. Una volta ottenuta la specializzazione, potrà accedere ai ruoli del Ssn tramite concorso pubblico.

**Il terzo punto**: il numero di medici in formazione specialistica che accedono al “doppio canale” non può superare la differenza tra fabbisogni specialistici espressi ogni 3 anni dalle Regioni e contratti stanziati dal Miur. Appare chiaro che il percorso deve prevedere aspetti di tipo formativo concordati con l’università per il principio di equivalenza dei titoli.

“  
**Nei prossimi 5 anni usciranno dal sistema per raggiunti limiti pensionistici o scelte verso il privato, almeno 40mila/45mila medici specialisti**

Studio  
Fabbisogno  
Anao 2018

## CONCLUSIONI

**Se cambiamento deve essere, che lo sia davvero, Anao Assomed è pronta da tempo**

### Altre forme di finanziamento di contratti aggiuntivi I fondi europei

L’Europa deve rappresentare una risorsa e non solo un obbligo di rispetto di direttive. In quest’ottica, si potrebbe richiedere un prestito sostanziale all’Ue per la formazione in Italia di medici specialisti, italiani o europei. Questa riforma permetterebbe, quindi, una “formazione circolare”, ovvero la formazione dei medici specialisti dovrebbe essere vista da una prospettiva puramente europea; altro non sarebbe che un’attuazione 2.0 della direttiva 93/16/Cee in materia di libera circolazione dei medici, ratificata 25 anni fa e che ha segnato uno spartiacque europeo del lavoro medico.

Con questa proposta, verrebbe rafforzato il concetto che la formazione, oggi più che mai, deve essere europea, in un’ottica di continuo ed esponenziale rafforzamento della qualità formativa nazionale ed extranazionale.

### Le borse perse e nuove modalità di finanziamento

C’è poi la questione delle borse e dei contratti che ogni anno vanno sprecati, per rinuncia dei vincitori, per “fughe” verso specializzazioni più gradite o per altri motivi: un’emorragia di circa 500 borse l’anno (fonte: Associazione Liberi Specializzandi – Fattore 2A). Il cui recupero potrebbe finanziare nuove borse per la formazione post-lauream. Tra l’altro il Consiglio di Stato ha già accolto istanze di medici partecipanti ai concorsi di ammissione che chiedevano lo scorrimento delle graduatorie sui posti disponibili per sede richiesta (Ordinanza n. 2881 del 25 Giugno 2018). Da non trascurare, infine, l’accesso agli stessi fondi del bilancio statale che hanno permesso l’incremento per il 2018/2019 delle borse per la Formazione in Medicina generale.

Un ulteriore incremento dei contratti di formazione è a portata di mano. Si potrebbe facilmente incrementare l’offerta complessiva ad almeno 9.500 contratti annuali, innescando un rapido svuotamento dell’imbuto formativo che si completerebbe nell’arco di 5 anni.

**Il Decreto Legislativo 368/99** riguardante la specializzazione dei medici, con le sue successive modifiche e integrazioni, quest’anno compie 19 anni. L’attuale sistema formativo, in particolare nella parte specialistica post-lauream, se confrontato con quello degli altri Paesi Europei, appare obsoleto ed espressione di un arroccamento dell’Università che, pur di non perdere l’egemonia, è disposta a barattare la qualità formativa e la performance dell’intera programmazione di medici specialisti.

**Si è giunti oggi ad un bivio ineluttabile**: o si cambia direzione, o la sopravvivenza del Ssn è in serio pericolo.

Nei prossimi 5 anni usciranno dal sistema per raggiunti limiti pensionistici o scelte verso il privato, almeno 40mila/45mila medici specialisti, tra medici dipendenti del Ssn, universitari e ambulatoriali. Acquisiranno il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia almeno 52mila degli attuali studenti. La capacità di formazione specialistica post-lauream è oggi limitata a 31mila contratti di formazione nel quinquennio. Negli anni passati solo il 70-80% degli specialisti formati hanno accettato un contratto pubblico, come dipendente o convenzionato. Non mancheranno laureati in Medicina nel nostro

futuro prossimo, mancheranno specialisti e il rischio di un regresso qualitativo della sanità pubblica è elevatissimo e rappresenta una vera emergenza nazionale. Tra 10/11 anni, nel 2028/2029, le curve di pensionamento dei medici specialisti entreranno in fase discendente, con quiescenze annuali che saranno il 50% di quelle attuali. Gli accessi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia a partire dal 2019/2020 dovranno essere calibrati tenendo conto di questa prospettiva, per evitare sprechi di risorse da irrisponsabili.

**Le proposte di Anao** possono rappresentare una soluzione reale ai problemi della mancanza di specialisti e del limbo formativo a cui sono destinati intere generazioni di laureati. Si tratta di rifondare le basi della programmazione formativa dei medici, con coraggio, e di accettare che l’attuale sistema non rappresenta la soluzione, ma solo una zavorra che impedisce il progresso. È in carica il cosiddetto “Governo del Cambiamento”, le proposte Anao Assomed sono perfettamente compatibili con il contratto di governo stipulato tra i due partiti di maggioranza. Se cambiamento deve essere, che lo sia davvero, Anao Assomed è pronta da tempo.

# Interviste ai Segretari regionali di Veneto e Alto Adige

## Proseguono le interviste

di *Dirigenza Medica* ai Segretari regionali Anaa Assomed tra new entry e conferme, per conoscere le realtà locali.

Sul numero 6/2018 sono state pubblicate le interviste a Ester Pasetti (Emilia Romagna), Filippo Maria Larussa (Calabria), Oriano Mercante (Marche)



**Adriano Benazzato**  
Segretario  
Anaa  
Assomed  
Veneto

## “Ospedali sicuri e sicurezza delle cure il nostro mantra”

**Dottor Benazzato quali sono le principali criticità in Veneto?**

La carenza di personale sanitario, in particolare medici specializzati, e l'aumento della età media degli stessi e dei dirigenti sanitari; il progressivo deterioramento delle condizioni di lavoro con l'aumento dei carichi dello stesso e conseguente violazione della normativa vigente sui riposi. E ancora, la demotivazione e l'assenza di prospettive di carriera professionale, l'utilizzo eccessivo, distorto ed improprio dei procedimenti disciplinari nelle aziende, l'insoddisfacente retribuzione, la marginalizzazione dei medici nella governance aziendale. C'è poi il mancato aggiornamento e modernizzazione del “modello veneto” e della rete ospedaliera, la riduzione eccessiva dei posti letto, la non ottimizzazione delle risorse umane, l'invasività della Politica e dell'Università, i mancati investimenti

sul territorio, la crescente privatizzazione della sanità regionale, l'assenza di relazione politico sindacale con l'assessore alla Sanità e le troppe episodiche relazioni con il Direttore della Area Sanità e Sociale. Infine, l'assenza di ruolo e presenza dei Presidenti dei nostri Ordini professionali sui temi e sulle criticità del mondo ospedaliero, la incertezza attuativa e spesso la non corretta applicazione a livello aziendale del Ccnl, la “malagestio” dei fondi contrattuali aziendali. E potrei continuare ancora. Da non dimenticare, poi, il disinteresse e la scarsa partecipazione dei/le nostri/e colleghi/e per le problematiche sindacali.

**E quindi quali azioni sindacali intendete attuare per superare questa criticità?**

Accrescere ulteriormente, se possibile, il peso politico e la credibilità della nostra associazione in ambito regionale aumentando il numero dei nostri iscritti al fine di indurre la controparte pubblica (Regione ed Aziende sanitarie) a confrontarsi e dialogare con noi per cercare insieme le soluzioni percorribili, in un clima di reciproca collaborazione e rispetto, per risolvere tutte o quanto meno la maggior parte delle criticità sopra rappresentate. Nella sostanza, migliorare le relazioni sindacali con la Regione e nelle Aziende sanitarie poiché sono ancora oggi del tutto inadeguate e insoddisfacenti, se non problematiche. Le buone relazioni sindacali sono la fondamentale premessa per cercare di risolvere tutte o in parte le criticità sopra rappresentate.

**Cosa vorrebbe trovare nel nuovo contratto**

Certezza e correttezza attuativa, la definizione del livello di maggioranza sindacale nella contrattazione aziendale, la definizione di modelli organizzativi minimi di lavoro, sicurezza organizzativa e clinica, la valorizzazione, anche economica, del nostro ruolo e della professionalità specifica, un modello nazionale di carriera, la riduzione del disagio lavorativo e valorizzazione economica dello stesso, meritocrazia.

**Quattro parole d'ordine per i prossimi anni?**

Ospedali sicuri e sicurezza delle cure. È il nostro mantra che rappresenta implicitamente per noi un vero e proprio programma politico sindacale per i prossimi anni che ed ha una valenza doppia, si presta ad una doppia lettura, sia per noi sia per i cittadini. Ma anche rilancio e difesa del Ssn universalistico, pubblico, equo e solidale.

“  
**Accrescere ulteriormente, se possibile, il peso politico e la credibilità della nostra associazione in ambito regionale aumentando il numero dei nostri iscritti**





per i giovani rispetto al Ccnl, la vicinanza con Austria e Germania, per non parlare della Svizzera, induce i giovani medici ad indirizzarsi spesso verso altre mete per spuntare maggiori soddisfazioni professionali e/o economiche. Anche per i dirigenti sanitari (soprattutto fisici e biologi) vale la difficoltà nel reperire professionisti specializzati perché si aggiunge anche il problema che in Austria e Germania, allo stato attuale, non vi sono percorsi formativi analoghi alle nostre specializzazioni che vengano riconosciuti in Italia.

Altra criticità, che ci differenzia dalle altre Regioni, è la peculiare composizione del tavolo sindacale dove l'Anaa Assomed, che da noi si chiama Anaa Assomed/Vlk (si aggiunge la traduzione in tedesco) non è il sindacato maggioritario e quindi faticiamo a introdurre migliorie normative e legislative per i dirigenti medici e sanitari, che invece sono già scontate a livello nazionale.

**Quali sono le urgenze cui far fronte?** Abbiamo in questo momento, oltre alle problematiche croniche, due tematiche particolari. La prima è un sistema di rilevamento delle presenze (un software chiamato Sp-Expert) contenente diverse criticità ed errori che, dopo anni dalla sua introduzione, non sono ancora stati risolti; ha aumentato il rischio clinico e di contenziosi medico-legali ed ha creato inoltre forti disparità di trattamento all'interno del personale della stessa Azienda Sanitaria!

La seconda è la recente legge provinciale che, in deroga alla normativa nazionale, permette l'assunzione di medici non specializzati, purché inseriti in un percorso formativo di specializzazione. Ora, se l'idea in sé è sicuramente positiva, in un'ottica europeista, vi sono ancora molte criticità da risolvere e bisognerà senz'altro andare avanti in questo percorso non da soli come Alto Adige ma assieme sia alla Fnomceo che all'Enpam, ma anche al Miur ed al ministero della Salute, per rendere possibile quello che tutti noi vogliamo da anni e cioè la creazione di un percorso formativo specialistico alternativo a quello esclusivo presso gli ospedali universitari, introducendo finalmente quel contratto di formazione-lavoro che in Italia ancora non è previsto per i nostri specializzandi.

**Quali azioni sindacali intendete attuare per superare questa criticità?**

Da parte nostra ci mettiamo a disposizione per un confronto trasparente e costruttivo con la parte pubblica; l'obiettivo comune deve essere far funzionare il sistema sanitario pubblico in maniera sostenibile economicamente, ma anche sostenibile per il personale che è sempre più demotivato e mortificato da certe scelte apicali poco condivise e da carichi di lavoro che in sempre più realtà di-

ventano non più sostenibili da una classe medica che inesorabilmente invecchia. La fuga dei medici verso il privato qui da noi non è ancora ai livelli di altre Regioni, ma molti colleghi sono alla finestra per osservare gli sviluppi futuri e quindi decidere cosa fare. Il rinnovo contrattuale sicuramente comincerà a dare indicazioni in tal senso.

**Cosa vorrebbe trovare nel nuovo contratto?**

A differenza del resto di Italia, in Trentino ed in Alto Adige abbiamo due contratti provinciali (Ccpl) diversi tra loro e diversi dal Ccnl, sia come parte normativa che come parte economica. Il nostro contratto altoatesino è scaduto un anno prima del Ccnl ed anche da noi le trattative sono già in corso, anche se si procede molto lentamente; si sono trattati finora solo alcuni argomenti ma manca ancora molto per arrivare alla conclusione del pacchetto contrattuale. Come Anaa Assomed-Vlk cercheremo di riequilibrare il Ccpl con normative e capitoli che a livello nazionale sono più vantaggiosi e, viceversa, cercheremo di discostarci in quei casi in cui invece fosse la normativa provinciale a portare vantaggi, offrendo magari uno spunto ai colleghi dell'Esecutivo Nazionale per il rinnovo del Ccnl, come per esempio la possibilità di essere esonerati dai turni pesanti sopra i 55 anni (guardie notturne) e 60 anni (guardie festive e pronte disponibilità). In fondo l'esistenza di un Ccpl è giustificata solo nel caso offra dei palesi vantaggi rispetto al Ccnl. La carriera professionale, come alternativa alla carriera gestionale, interessa molto anche a noi nel Ccpl perché porterebbe un po' di ossigeno e gratificazione alla crescente demotivazione di molti colleghi; sarebbe utile anche una maggiore flessibilità nel rapporto di lavoro, soprattutto per le colleghe, nell'ottica di una maggior rispetto del binomio famiglia-lavoro, mentre abbiamo l'impressione che con misure tipo Sp-Expert si sia imboccata la strada opposta, con provvedimenti che, minando la dignità della dirigenza del ruolo medico e sanitario, condurranno sempre più alla disaffezione verso la nostra professione ospedaliera.

**Quattro parole d'ordine per i prossimi anni?**

Coinvolgimento (degli iscritti e soprattutto dei giovani). Rinnovo (dell'Associazione e del consiglio direttivo provinciale che in questo mandato dovrà trasmettere competenze ed entusiasmo ai nuovi entrati). Partecipazione (alle problematiche attuali della sanità altoatesina rivendicando il ruolo critico ma propositivo e costruttivo del sindacato e dell'Anaa Assomed-Vlk in particolare). Formazione (dei quadri sindacali provinciali ed organizzazione di eventi formativi aperti a tutti).

## “Vogliamo un sistema che sia sostenibile anche per il personale”

**Dottor Bonsante quali sono gli scenari e le principali criticità in Alto Adige?**

In Alto Adige abbiamo circa 530mila residenti e l'Azienda Sanitaria (ora azienda unica Asdaa) ha una realtà ospedaliera strutturata in 7 ospedali, 4 più centrali (corrispondenti ai 4 Comprensori Sanitari di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico) e 3 più periferici (Silandro, Vipiteno, S. Candido). La criticità storica e cronica della nostra Provincia è la carenza di personale, nonostante l'apertura verso nuove assunzioni, dovuta soprattutto al requisito dell'attestato di bilinguismo (italiano/tedesco), necessario per l'assunzione a tempo indeterminato e dal vincolo della proporzionale etnica, antica legge che ancora regola la composizione del personale nel pubblico impiego, spartendo i posti pubblici fra i tre gruppi linguistici (italiano, tedesco, ladino), sulla base di un periodico censimento etnico. Pur avendo un contratto di lavoro differente ed economicamente più attrattivo (anche se molto meno rispetto al passato)



**Edoardo Bonsante**  
Segretario  
Anaa  
Assomed  
Alto Adige

“Da parte nostra ci mettiamo a disposizione per un confronto trasparente e costruttivo con la parte pubblica”

Incontro Anaaio Giovani-Ejd

# I giovani medici italiani non sono soli

**Quante volte** nel discutere sulle possibili riforme, per la formazione in Medicina, nel nostro Paese si è sentito parlare di “sistema alla francese”, oppure quanto spesso si guarda oltralpe alla ricerca di nuove soluzioni a problemi italiani di lunga data? Rimane però il dubbio su quanto realmente si conoscano i sistemi sanitari esteri, ed i rispettivi percorsi formativi, per poter operare paragoni o condividere modus operandi

ALESSANDRA SPEDICATO,  
MICHELE NEGRELLO,  
NUNZIA VERDE,  
DILIANA BELEVA,  
Delegati Anaaio  
Assomed all'Ejd

È proprio partendo da questa riflessione che l'Anaaio Giovani ha invitato il Board della *European Junior Doctors' Association* per un incontro sui temi più difficili della formazione medica in Italia.

Alla presenza del Segretario Nazionale Anaaio Carlo Palermo e dei Responsabili Anaaio Giovani Regionali, si è svolta a Napoli, il 7 settembre, una tavola rotonda moderata da Alessandra Spedicato (capo delegazione Anaaio all'Ejd), durante la quale i delegati Anaaio - Michele Negrello, Nunzia Verde e Diliana Beleva - hanno presentato in modo esaustivo, problematiche attualissime quali l'imbuto formativo post lauream, la fuga di medici all'estero, i problemi qualitativi della formazione italiana e della certificazione delle strutture di insegnamento.

Per integrare lo scambio di informazioni e punti di vista, i membri del Board di Ejd guidati dal Presidente Kitty Mohan (Uk) hanno presentato una interessante panoramica sull'effetto che la Brexit avrà riguardo la formazione post-laurea dei medici e sulla libera circolazione dei professionisti medici all'interno dell'Europa, l'importanza dell'insegnamento della medical leadership come valore aggiunto in un sistema di politica sanitaria che vede il medico emarginato nella conduzione del proprio am-

bito lavorativo e per ultimi i primi risultati di una survey che, in modo ambizioso, pone a confronto i sistemi formativi postlaurea di ben 22 paesi europei, Italia compresa.

Di particolare interesse sono state le discussioni nate al termine di ogni intervento, che hanno visto emergere tra i diversi Paesi europei, soluzioni enormemente differenti per problemi largamente condivisi.

La certificazione delle scuole di specializzazione, e dunque la bontà del sistema formativo, è al centro dell'attenzione di **Portogallo** e **Uk**, tanto che in quest'ultima, annualmente, una review viene redatta dal General Medical Council e inviata a tutti gli specializzandi. Il tasso di risposta alla survey è elevatissimo, sfiorando il 99%, e questo assicura una attendibilità dei dati. Le domande presentano dei campanelli di allarme riguardo la qualità e la trasparenza del sistema educativo (per esempio fallimento agli esami, tasso di abbandono o presenza di eventi avversi). In questo modo si analizzano eventuali incongruenze e, oltre alle possibili segnalazioni dirette, si identificano criticità su tutto il territorio nazionale.

Mentre la **Finlandia** si presenta un'isola felice, con gli specializzandi che hanno tale libertà di scelta sulla propria car-

riera professionale, da potersi anche spostare tra una disciplina all'altra in corso d'opera, il Portogallo ha affrontato il problema dell'imbuto formativo già prima di noi anche (se con numeri inferiori). La soluzione del teaching hospital adottata da loro - così come auspichiamo avvenga in Italia - ha dimostrato essere una scelta valida anche se, almeno in Portogallo, si sono riscontrati problemi quali la distanza dell'ospedale di formazione dalla residenza e le capacità di trasmettere insegnamento, negli ospedali, da parte di personale che non è solito farlo.

Anche l'acquisizione dell'autonomia e della relativa responsabilità, nella sua gradualità è diversa da Paese a Paese. Per esempio, in **Slovenia** il momento in cui lo specializzando è ritenuto autonomo per eseguire una procedura (per esempio le anestesi loco-regionali) e questo viene ratificato dal tutor, lo specializzando diviene anche legalmente responsabile delle stesse. Non siamo l'unico Paese dove gli specializzandi sono considerati studenti, quello che cambia è l'assetto organizzativo e le diverse modalità di acquisizione di autonomia e conseguente responsabilità.

E se è in crescita il numero di medici italiani che migra all'estero, l'uscita della **Gran Bretagna** dall'Europa non fer-





“  
Per integrare lo scambio di informazioni e punti di vista, i membri del Board di Ejd hanno presentato una panoramica sull'effetto che la Brexit avrà riguardo la formazione post-laurea dei medici e sulla libera circolazione dei professionisti medici all'interno dell'Europa

merà questo movimento. Infatti, anche se ora siamo il terzo paese fornitore di personale medico in UK (preceduti solo da Irlanda – per ovvie motivazioni linguistiche - e Grecia – per ovvie motivazioni economiche), un'indagine condotta dalla Bma ha dimostrato che le nuove mete migratorie per i professionisti della salute sono la Germania e la Svezia stante il fatto che la barriera linguistica non rappresenta più un handicap. Infatti negli ospedali di questi due Paesi, si accetta personale che parli in inglese. Una riflessione di più ampio respiro, ci porta poi a pensare che la Brexit influenzerà anche la qualità della formazione stante l'importanza dello scambio culturale con colleghi provenienti da lontane e variegata esperienze professionali.

Ma non solo la Gran Bretagna si dimostra attrattiva per medici provenienti da altri Paesi: **Croazia** e **Slovenia** si dimostrano attrattive per i medici dei Paesi della ex Jugoslavia, la **Finlandia** tira a sé medici e studenti dell'area scandinava mentre in **Lituania** arrivano dai Paesi degli Stati post sovietici. Il **Portogallo** importa dal Brasile e dalle aree mediterranee dei Paesi del nord Africa. Insomma, a conti fatti, l'unico Paese in perdita appare essere l'Italia. Nel trattare i diversi argomenti, è emerso che un supporto alla risoluzione di

diverse criticità potrebbe derivare da una maggiore e più matura consapevolezza da parte dei medici del proprio ruolo. È provato che un ospedale condotto da un medico abbia migliori risultati in termini di efficacia ed efficienza, ma solo se questi presenta una preparazione adeguata. Ejd promuove l'insegnamento della medical leadership fin dal corso di laurea in medicina, con corsi e crediti formativi dedicati e distribuiti lungo tutto il percorso di studi. In Olanda, questo progetto già si attua. Sarà per questo che occupa da tempo il primo posto nella classifica della Ehci?

Anche la Lituania ha adottato, con spirito innovatore, l'introduzione dell'insegnamento della medical leadership nelle sue università e il risultato è stato sorprendente: alcuni giovani colleghi medici hanno proposto al Governo l'introduzione di un progetto pilota per la riforma delle scuole di specialità, improntandola al raggiungimento delle competenze (competence based), contrariamente al modello classico di un

periodo formativo cronologicamente delimitato (time based). Ispirandosi a quanto avviene in Canada, hanno deciso di lanciarsi in questa sfida che inizierà nel 2019 e siamo davvero interessati di conoscerne i risultati.

Al termine dell'incontro, si è riconosciuta l'importanza di occasioni come queste che permettono di conoscere metodi innovativi per affrontare i cambiamenti che i diversi sistemi sanitari, nella loro evoluzione, necessitano, comprendere e valutare a fondo le strategie più intelligenti o, al contrario, abbandonare strade che potenzialmente si siano già rivelate fallimentari in altri Paesi.

Inoltre, soprattutto in un periodo politicamente travagliato come quello attuale, partecipare alle attività di un'associazione così trasversale, permette di ritrovare quel sentimento europeista che non deve andare mai perso e che, soprattutto nel settore della Sanità, contribuisce a promuovere cultura e informazione negli interessi del paziente.



## Aggressioni al personale sanitario

# Ecco le “mosse” da attuare

**Le aggressioni al personale sanitario sono all'ordine del giorno quasi a passare in secondo piano sulle cronache regionali per non parlare di quelle nazionali**

**ANGELO FIORETTI**  
Responsabile  
Regionale Settore  
Anaao Giovani  
Campania

**Il rapporto sociale** medico paziente è ai minimi termini, così come sottolineato dal segretario regionale Anaao Enzo Bencivenga durante l'incontro con gli onorevoli Rostan e Siani firmatari della Proposta di Legge per la modifica dell'art. 357 del Codice Penale, per il riconoscimento dei Medici e del Personale Sanitario quali Pubblici Ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni. L'effetto deterrente della suddetta qualifica (azione penale che parte in automatico e non a seguito di denuncia di parte) sicuramente potrà avere una valenza su chi non ravvede nel medico un alleato ma lo identifica come capro

espiatorio di un sistema mal organizzato e carente nelle risorse necessarie, ma non può esserne l'unica soluzione. Non bisogna dimenticare che le strutture sanitarie, con i loro Direttori in prima fila, sono tenute alla tutela dei propri dipendenti secondo quanto previsto dall'art. 2087 del Codice Civile; la norma sottolinea che il datore di lavoro deve adottare tutte le misure idonee a prevenire sia i rischi insiti nell'ambiente di lavoro, sia quelli derivanti da fattori esterni e inerenti al luogo in cui tale ambiente si trova, atteso che la sicurezza del lavoratore è un bene di rilevanza costituzionale che impone al datore di anteporre al proprio profitto la sicurezza di chi esegue la prestazione, tutelandone sia l'integrità fisica sia la personalità morale.

Essendo quello delle aggressioni un rischio strettamente legato al mondo sanitario, a dar man forte nell'individuazione dei pericoli connessi all'attività ci

sono due figure ben indicate dal D.lgs. 81/08 e ss.mm.ii. (Testo Unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro): Rls e Rspp, rispettivamente il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza e il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi.

Avendo compiti di controllo, promozione e vigilanza nella prevenzione della salute e sicurezza sul lavoro, se ricoperti da personale ben formato, possono dare un concreto contributo alla verifica dei requisiti degli ambienti delle strutture sanitarie; fondamentale per l'Anaao quindi che, la sicurezza dei lavoratori, debba basarsi su aspetti riguardanti sia l'area della "Safety" (intesa come prevenzione da infortuni e malattie professionali) sia l'area della "Security" (tutela del personale e dei beni dall'attacco di terzi).

Necessarie, pertanto, iniziative formative in tal senso, con riguardo anche al rapporto tra "Burnout e Stress da Lavoro Correlato" nonché alle ricadute sull'attività del personale sanitario a seguito delle aggressioni e violenze subite in sanità.

Non bisogna, poi, dimenticare che maggiore supporto e garanzia di sicurezza potrebbero derivare anche dall'utilizzo dei militari impegnati nelle attività strade sicure, già proposta più volte dal collega Maurizio Cappiello (componente Direzione Nazionale Anaao) che speriamo non venga lasciata cadere.

# Diagnosi della sepsi, la vera urgenza in laboratorio

**La sepsi è un fenomeno in continuo aumento e ormai riconosciuta come “un problema di salute pubblica”. Per questa ragione occorre accrescere la sensibilità di operatori sanitari, pazienti e familiari sugli enormi rischi e conseguenti costi per il sistema sanitario e la collettività**

**Il 13 settembre** di ogni anno si celebra la giornata mondiale sulla sepsi “World Sepsis Day”. Tale giornata nasce dalla promozione iniziata e sostenuta dalla Global Sepsis Alliance che ha come finalità quella di sostenere ogni attività che possa richiamare l'attenzione su questo importante problema sanitario con il fine ultimo di combatterlo in forma pro-attiva. Il motto è “Stop sepsis save lifes” ed uno dei propositi a più vicina scadenza è proprio quello di ridurre le morti del 20% entro il 2020. La sepsi è un fenomeno in continuo aumento e ormai riconosciuta come “un problema di salute pubblica”. Per questa ragione occorre accrescere la sensibilità di operatori sanitari, pazienti e familiari sugli enormi rischi e conseguenti costi per il sistema sanitario e la collettività.

La mortalità associata alla sepsi è 5 volte maggiore dell'Ictus e 10 volte superiore a quella dell'infarto. Colpisce globalmente circa 27-30 milioni di individui ogni anno (di cui circa 8 milioni soccombono) senza risparmiare la popolazione pediatrica che da sola conta circa 6 milioni di morti nei bambini al di sotto dei 5 anni. In Europa l'incidenza è di circa 377 casi ogni 100mila abitanti e nel nostro Paese, dai dati recenti dell'Istat, 250mila ne sono colpiti ed emerge come la mortalità ad essa associata sia triplicata nel periodo 2003-2014 (ad oggi circa 60.000 decessi). Nell'ultimo decennio si è assistito ad un incremento delle sepsi compreso fra 8 ed il 13%, per diverse ragioni, ma sicuramente quelle più importanti sono state: l'invecchiamento progressivo della popolazione e l'aumento di pazienti caratterizzati da quadri clinici complessi e



**PIERANGELO CLERICI**  
Componente Direttivo nazionale settore Dirigenza sanitaria, Presidente Associazione Microbiologi Clinici Italiani (Amcli) e Presidente Fismelab

da comorbidità cui bisogna aggiungere l'aumento dei batteri responsabili della patologia multiresistenti agli antibiotici.

Si vive e si percepisce la sepsi, per lo più, come un fenomeno legato al ristretto ambito ospedaliero, ma se è vero che circa 7 pazienti su 10 rischiano un evento settico durante il ricovero, è altrettanto vero che circa l'80% delle sepsi ha origine nella comunità e proprio a partire da infezioni banali come ad es. una semplice infezione delle vie urinarie. Nonostante i dati preoccupanti c'è ancora scarsa consapevolezza e talora anche scarsa conoscenza del problema nell'opinione pubblica. Il Cdc ha lanciato una campagna “vital signs” (Making Health Care Safer) attraverso la quale ha cercato di rendere il fenomeno più comprensibile, perché individuare alcuni segni iniziali, assieme ad alcune patologie che ne possono cagionare l'esordio, serve ad essere proattivi e consentire l'intervento medico in tempi utili.

L'aggressione al fenomeno sepsi è uno degli esempi maggiori di lotta integrata, ossia occorre una maggiore attenzione a tutti i livelli per affrontare il problema. Sono eloquenti i risultati ottenuti nelle realtà in cui sono stati predisposti protocolli “Sepsi”. Il protocollo prevede la creazione di un team dedicato alla sepsi che migliori l'approccio al fenomeno già nel triage fino ad arrivare alla diagnosi di laboratorio. È, infatti, realtà altrettanto comune come l'innovazione tecnologica, che ha investito il laboratorio di Microbiologia, abbia consentito un accorciamento notevole dei tempi di refertazione permettendo al microbiologo di fornire indicazioni utili ed in tempi brevi per il cli-

nico (2-5 ore rispetto ai 2-3 giorni classici con metodiche tradizionali).

Appare evidente come bisogna aumentare, da un lato la consapevolezza e la conoscenza del fenomeno nell'opinione pubblica, ma anche creando dei percorsi dedicati al paziente che giunge in osservazione con un sospetto di sepsi. Questa emergenza richiede lo sforzo combinato di tutte le figure professionali coinvolte a partire dal medico di base, passando per il personale infermieristico fino a giungere al laboratorio, che deve poter disporre di tecnologie avanzate per aiutare il clinico a impostare/correggere l'approccio terapeutico. È altrettanto noto come le possibilità di sopravvivenza si riducano drasticamente con il trascorrere del tempo, (siamo di fronte ad una patologia tempo dipendente) ossia quanto più tempestive sono la diagnosi e l'approccio terapeutico, tanto maggiori sono le possibilità di sopravvivenza (incremento del 7% di mortalità ogni 2 ore di ritardo nella diagnosi). Su questo punto, tuttavia, sorgono i primi ostacoli, la contrazione della spesa pubblica voluta nelle varie spending review vede le Aziende sanitarie in difficoltà. Per un piano organico servirebbe personale dedicato ed accesso esteso per tutto il territorio nazionale alle tecnologie innovative, che nella diagnosi microbiologica fa la differenza. È questo uno degli esempi più eloquenti in campo sanitario di come spendere di più (ma in modo ragionato e strutturato) può servire a salvare la vita ai pazienti e in ultima analisi anche a risparmiare evitando trattamenti inappropriati e ricoveri più lunghi del dovuto.



## Sui prodotti assicurativi

Vessatorietà e validità clausole claims made

### Cassazione Civile Sezioni Unite Sentenza n. 22437/2018

Le Sezioni Unite, sentenza 24 settembre 2018, n. 22437, hanno preso posizione sulla vessatorietà e sulla validità delle clausole "claims made" con una attenta disamina della normativa in materia di adeguatezza dei prodotti assicurativi alla luce della normativa contenuta nel codice delle assicurazioni pronunciandosi anche sulle conseguenze civilistiche in caso di distribuzione di prodotti inadeguati.

## Sui congedi parentali

Riposi per il papà cumulabili con l'indennità se la mamma è lavoratrice autonoma

### Corte di Cassazione Sezione Lavoro Sentenza n. 22177 del 12 settembre 2018

L'alternatività nel godimento dei riposi giornalieri da parte del padre è prevista, ex art. 40, d.lgs. n. 151 del 2001, solo in relazione al caso in cui la madre lavoratrice dipendente non se ne avvalga, con conseguente esclusione del caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente (come nella fattispecie, ove la madre è lavoratrice autonoma). In tal caso, pertanto, il padre può fruire dei permessi giornalieri durante il primo anno di vita anche nel periodo di fruizione della indennità di maternità da parte della madre. Tale conclusione non solo trova giustificazione nella differente tutela economica per la lavoratrice autonoma rispetto alla lavoratrice dipendente, ma risulta funzionale e rispondente allo scopo primario che è posto alla base di tali riposi giornalieri, diretti a garantire l'assistenza e la protezione della prole, tanto che, del tutto coerentemente, la legge prevede nel caso della lavoratrice autonoma la possibilità della madre di rientrare al lavoro dopo il parto e, al contempo, il diritto del padre di fruire dei riposi giornalieri nel medesimo periodo.

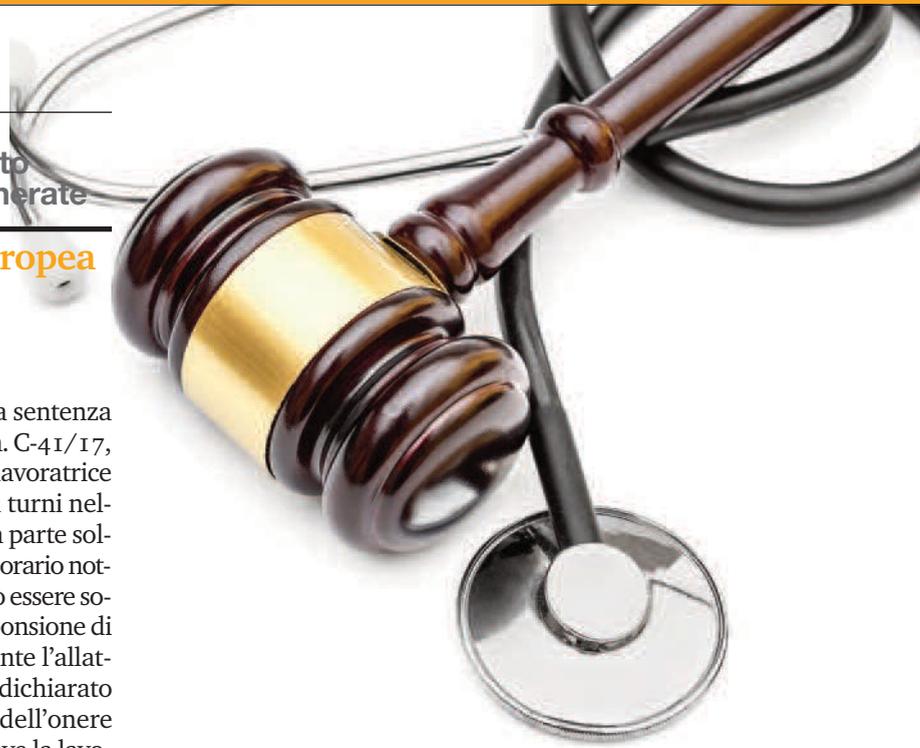
Lavoro notturno: le donne in allattamento possono esserne esonerate

### Corte di giustizia Europea V Sezione – causa C-41-17 19 settembre 2018

La Corte di Giustizia UE, nella sentenza del 19 settembre 2018, causa n. C-41/17, ha dichiarato che, quando la lavoratrice interessata svolge un lavoro a turni nell'ambito del quale compie una parte soltanto delle proprie mansioni in orario notturno, il contratto di lavoro può essere sospeso e sostituito dalla corresponsione di un'indennità per rischio durante l'allattamento. Inoltre, la Corte ha dichiarato che le norme sull'inversione dell'onere della prova si applicano laddove la lavoratrice interessata esponga fatti tali da suggerire che la valutazione dei rischi associati al suo posto di lavoro non ha incluso un esame specifico che tenesse conto della sua situazione individuale, si può quindi presumere l'esistenza di una discriminazione diretta

*Il testo delle sentenze è disponibile su [www.anaao.it](http://www.anaao.it)*

“**Le infezioni ospedaliere non sono imputabili al medico ma alla struttura dove il paziente è stato curato e vanno condannate**”



## Sulla responsabilità e consenso informato

Responsabilità medica: le conseguenze sull'omesso consenso informato

### Cassazione Civile III Sezione Civile Sentenza n. 20885/2018

Con sentenza n. 20885 la Cassazione torna ad esprimersi sul consenso informato operando una distinzione tra due ipotesi ovvero quella in cui la lesione del diritto al consenso informato abbia determinato anche in modo incolpevole delle conseguenze lesive per la salute del paziente (per le quali quest'ultimo chiedi quindi il risarcimento del danno alla salute) e quella in cui il paziente, a seguito dell'omesso consenso faccia valere solo la lesione al suo diritto di autodeterminazione che comunque discende dalla violazione del relativo obbligo da parte del medico e della struttura sanitaria. Nel primo caso, sostiene la Cassazione, il paziente può essere risarcito solo dimostrando che se fosse stato informato avrebbe rifiutato di sottoporsi alla terapia. Nel secondo, se il paziente dichiara la lesione del proprio diritto a una consapevole autodeterminazione, non è necessaria la prova del rifiuto del trattamento in caso di informazione adeguata, ma ciò non significa che il danno sia risarcibile. Lo è solo se viene superata la "soglia della gravità dell'offesa". Le questioni vanno valutate caso per caso.

## Legge 104

Rischio licenziamento per abuso nell'utilizzo dei permessi previsti dalla legge 104.

### Cassazione Civile Sezione Lavoro Ordinanza n. 18293/2018

Il lavoratore che usufruisce dei permessi previsti dalla legge 104 per l'assistenza di un familiare disabile non può utilizzarli per proprie esigenze personali. La ratio che ispira la facoltà di assentarsi dal lavoro senza perdere la retribuzione e senza intaccare le proprie ferie è infatti quella di garantire una maggiore e più proficua assistenza del disabile, anche permettendo al titolare dei permessi di ritagliarsi uno spazio per far fronte alle proprie esigenze personali. Con l'ordinanza n. 18293/2018, la Corte di Cassazione ha confermato in via definitiva il licenziamento di una lavoratrice che, beneficiando della legge 104 per assistere la madre, si era allontanata dall'abitazione di quest'ultima e aveva approfittato di una giornata di permesso per recarsi con la propria famiglia in una nota località turistica. Si tratta infatti, come sancito nel caso di specie dal giudice di merito, di un'abusiva fruizione del permesso.

**Infezioni ospedaliere: nosocomio responsabile se non dimostra di aver fatto tutto il necessario per evitarle**

**Tribunale di Roma  
Sentenza n.27 settembre 2018**

Le infezioni ospedaliere non sono imputabili al medico ma alla struttura dove il paziente è stato curato e vanno condannate. Con questo principio il Tribunale di Roma ha condannato un'azienda ospedaliera a risarcire un paziente per aver contratto durante un ricovero e come conseguenza di quest'ultimo un'infezione che lo aveva costretto a sottoporsi a ulteriori interventi chirurgici.

**Colpa medica grave: serve un'analisi critica**

**Corte di Cassazione  
IV Sezione Penale  
Sentenza n. 37794/2018**

Per stabilire se la condotta di un medico sia o meno sussumibile nell'ambito della colpa per imperizia, il giudice deve indicare le ragioni della sua valutazione sia in relazione alla fonte, sia in relazione alla natura della regola di condotta. Solo così è possibile valutare correttamente la possibilità di applicare retroattivamente la disciplina dettata dalla legge Bianco Gelli a ipotesi verificatesi durante la vigenza del decreto Balduzzi. Nella sentenza n. 37794/2018, il giudice precisa che l'art. 6 della legge Gelli "attiene al profilo squisitamente tecnico-scientifico dell'arte medica, e dunque regola la sola colpa per imperizia, consentendo al sanitario di conoscere quali saranno i parametri di valutazione del suo operato professionale qualora il caso concreto sia suscettibile di essere inquadrato in procedure prescritte da linee-guida ufficiali o da buone pratiche clinico-assistenziali".

**Imperizia e omissione: quale legge applicare per i fatti commessi tra il 2012 e il 2017?**

**Corte di Cassazione  
IV Sezione Penale  
Sentenza n. 36723/2018**

Ancora sulla responsabilità e sulla norma da applicare a fatti di colpa medica commessi tra il 14 settembre 2012 e il 1 aprile 2017, ovvero decreto Balduzzi o Legge Bianco Gelli (lasso in-

tercorrente tra l'entrata in vigore della prima legge e quello di entrata applicazione della seconda in quanto "più favorevole"). A deciderlo è stata la Quarta Sezione Penale della Cassazione (sentenza 36723/2018) che ha ricalcato le indicazioni delle Sezioni Unite (sentenza 8770/2018) circa l'utilizzo delle due leggi in caso di fatti penali inquadrabili nella colpa sanitaria, ribadendo che la Balduzzi prevale sulla Gelli/Bianco in quanto vera e propria abolitio criminis, invece della causa di non punibilità prevista dalla normativa del 2017.

**Esclusione della punibilità solo se siano rispettate le linee guida o le buone pratiche**

**Cassazione Civile  
Sezioni Unite  
Sentenza n. 39733/2018**

Esclusa la punibilità in base alla legge Gelli-Bianco se c'è negligenza per disattenzione e non sono state rispettate le linee guida. A stabilirlo la Quarta Sezione Penale della Cassazione, secondo la quale la norma prevede l'esclusione della punibilità solo se siano state rispettate le linee guida o le buone pratiche, purché siano adeguate alle specificità del caso. La Cassazione ha confermato quanto già espresso dalla Corte d'Appello che ha accertato "la ricorrenza di profili di colpa per negligenza a carico del secondo operatore. Da tanto consegue l'inapplicabilità della novella alla fattispecie per cui è giudizio, che involge profili di colpa estranei dall'ambito applicativo della invocata causa di non punibilità, ex art. 590-sexies, cod. pen.".

**Omessa conservazione della cartella clinica**

**Corte di Cassazione  
III Sezione Civile  
Ordinanza n. 18567/2018**

La mancata conservazione della cartella clinica da parte della struttura elimina la responsabilità in capo ai medici. Prima della consegna all'archivio centrale dell'ospedale la responsabilità sia di compilare che di conservare la cartella clinica è del medico. Al momento della consegna all'archivio centrale, la responsabilità per omessa conservazione della cartella è della struttura sanitaria. A chiarirlo l'ordinanza 18567/2018 della Terza Sezione Civile della Cassazione.

Segue da pagina 1

## La protesta di medici e dirigenti sanitari





**Pronto, avvocato?**  
Risponde l'ufficio legale Anaa Assomed

**L'esonero dal lavoro notturno comprende solo i turni di guardia o anche quelli di reperibilità?**

L'esonero dal lavoro notturno, per il dirigente medico tenuto ad operare su turni a copertura delle 24 ore (cfr. art. 7, Ccnl 10.2.2004), comprende sia l'esonero dal turno di guardia notturna che dalla pronta disponibilità notturna. Entrambi gli istituti contrattuali, infatti, comportano lo svolgimento

obbligatorio (in caso di chiamata dalla reperibilità) di attività lavorativa all'interno del cosiddetto "periodo notturno" definito dalla legge (art. 1, co. 2, lett. d), d.lgs. n. 66/2003, "periodo di almeno sette ore consecutive comprendenti l'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino").

**Sono dirigente medico madre di una bimba di 4 mesi. Ho ripreso da poco il lavoro e ho fatto richiesta di fruire dei riposi per allattamento durante il turno giornaliero, ma mi è stata negata dal Responsabile di struttura adducendo una grave carenza organizzativa. È legittimo il diniego?**

L'azienda (e per il suo tramite, il Responsabile della struttura complessa di riferimento) sono obbligati a consentire alla lavoratrice di fruire dei riposi giornalieri entro un anno di vita del figlio, pena applicazione di sanzioni amministrative, oltre l'eventuale risarcimento dei danni subiti. In particolare la legge stabilisce che "Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo, anche cumulabili durante la giornata. Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a sei ore" (art. 39, co. 1, D.lgs. n. 151/2001 – Testo Unico di tutela della maternità e paternità). I suddetti periodi di riposo, sono considerati ore lavorative agli effetti della retribuzione del lavoro e comportano il diritto del genitore di uscire dall'azienda (art. 39, c. 2, T.U.). La violazione delle suddette disposizioni è punita con la sanzione amministrativa da euro 516 a euro 2.582 (art. 46, T.U.), e andrebbe segnalata ai competenti uffici dell'Ispettorato del Lavoro.

liero di lavoro è inferiore a sei ore" (art. 39, co. 1, D.lgs. n. 151/2001 – Testo Unico di tutela della maternità e paternità). I suddetti periodi di riposo, sono considerati ore lavorative agli effetti della retribuzione del lavoro e comportano il diritto del genitore di uscire dall'azienda (art. 39, c. 2, T.U.). La violazione delle suddette disposizioni è punita con la sanzione amministrativa da euro 516 a euro 2.582 (art. 46, T.U.), e andrebbe segnalata ai competenti uffici dell'Ispettorato del Lavoro.



**Ho presentato domanda di passaggio a rapporto part-time per assistere mia madre affetta da una patologia oncologica. L'azienda può rifiutarla? Ho precedenza nella trasformazione rispetto ad altre richieste di part-time avanzate dai colleghi?**



La domanda di passaggio al rapporto di lavoro part-time è subordinata a una valutazione discrezionale dell'amministrazione ricevente, la quale "può" accordarla entro 60 giorni dalla domanda, oppure negarla in tutti i casi in cui la trasformazione comporti, in relazione alle mansioni e alla posizione organizzativa ricoperta dal dipendente, un pregiudizio alla funzionalità dell'amministrazione stessa (v. art. 1, co. 58, L. n. 662/1996 come modificato dalla L. 133/2008).

In ogni caso, le ragioni dell'eventuale diniego devono essere esplicitate in modo evidente e puntuale da parte dell'amministrazione (cfr. Circ. Dip. Fun. Pubb. n. 9/2011).

Qualora il diniego alla trasformazione del rapporto, non fosse fondato su obiettive esigenze organizzative, ma risultasse del tutto arbitrario e/o contraddittorio, il dirigente potrebbe agire con-

tro l'amministrazione per il risarcimento dei danni subiti da perdita di chance. La legge prevede un diritto di priorità o precedenza nella trasformazione del rapporto da full time a part-time, per le seguenti categorie di soggetti: 1) lavoratori che assistono coniuge, figli o genitori affetti da patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti (art. 8, comma 4, D.lgs. n. 81/2015); 2) lavoratori che assistono una persona convivente con inabilità lavorativa totale e permanente, che assuma connotazione di gravità ai sensi della legge 104/92 – art. 3 comma 3, alla quale sia stata riconosciuta una percentuale di invalidità pari al 100%, con necessità di assistenza continua; 3) lavoratore o della lavoratrice, con figlio convivente di età non superiore a tredici anni o con figlio convivente portatore di handicap grave.



FONDAZIONE PIETRO PACI

# LA FORMAZIONE AL TOP!

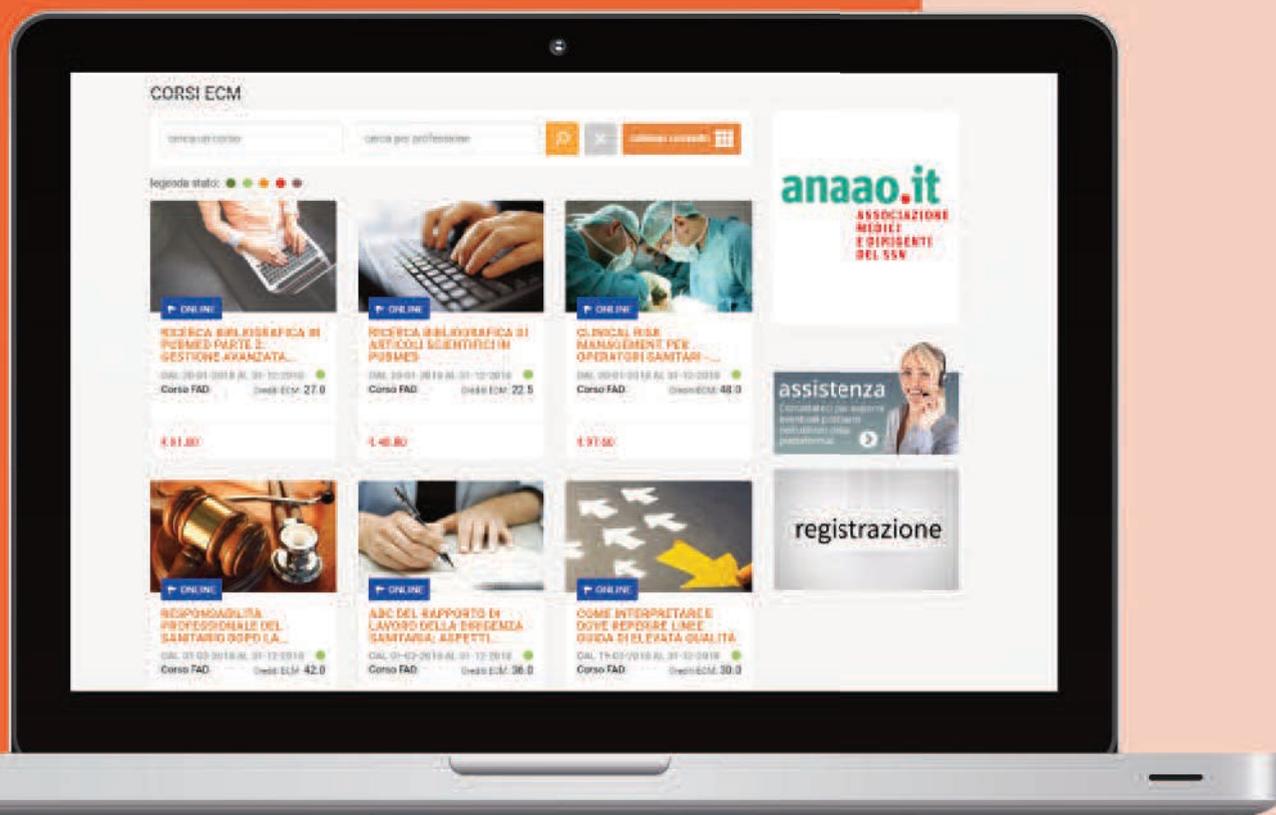
WWW.FONDAZIONEPIETROPACI.COM

*IL SITO NUMERO 1  
PER CREDITI ONLINE*

4.300  
PROFESSIONISTI  
FORMATI

76  
CORSI  
EROGATI

230  
CREDITI  
ONLINE



# Servizi Anaaao Assomed

A DISPOSIZIONE DEGLI  
ISCRITTI UN AVVOCATO  
PER LA CONSULENZA E  
DIFESA STRAGIUDIZIALE



06 4245741

lunedì mercoledì venerdì



spedisci il tuo quesito a  
servizi@anaao.it