

dm

Intervista
La sanità greca?
In caduta libera
a pagina 9

Contributi
La mia esperienza
in Francia
a pagina 10

dirigenza medica

ANAAO
ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI



**STUDIO ANAAO-ASSOMED
SUL TREND OCCUPAZIONALE**

SE 15.000 MEDICI IN MENO

Da qui al 2023
andranno
in pensione
circa 58 mila
camici bianchi,
mentre saranno
solo 42 mila
i nuovi specialisti
arruolati
per sostituirli

VI SEMBRAN POCHI...

STUDIO ANAAO / La programmazione del fabbisogno di personale medico nel decennio 2014-2023

15mila medici nei prossimi

Da qui al 2023 andranno in pensione circa 58 mila camici bianchi, mentre saranno solo 42 mila i nuovi specialisti arruolati per sostituirli. È quanto emerge da questo studio dell'Anaa Assomed che ha analizzato curve di pensionamento, fabbisogni specialistici e numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia

Carlo Palermo
 Coordinatore Segretari
 Regionali Anaa Assomed
Domenico Montemurro
 Anaa Giovani
Fabio Ragazzo
 Anaa Giovani

Una vivace polemica si è sviluppata recentemente riguardo la consistente riduzione dei contratti di specialità per i laureati in Medicina e Chirurgia disposta dal Miur. Ancora una volta l'Università tenta di liquidare il problema della riduzione dei contratti di formazione post laurea ed insieme degli accessi alle scuole di Medicina e Chirurgia, come responsabilità della sola politica. In realtà fino ad ora i contratti di specialità sono stati distribuiti a pioggia, senza una corretta programmazione dei fabbisogni per Regione e per disciplina, ma nel solo interesse delle cattedre, con percorsi formativi deficitari sugli aspetti professionalizzanti, pure richiesti dalla normativa, e poco adatti ad una Medicina in continua evoluzione. Oggi, pertanto, occorre cominciare a porsi qualche domanda sull'offerta formativa dei singoli Atenei, certo molto disomogenea, se si vuole comprendere perché molti medici in formazione decidono di abbandonare l'Italia e ricercare la difesa della propria dignità umana e professionale in altri Paesi europei.

Non esistendo, al momento, a livello nazionale una banca dati unica ed esaustiva contenente le informazioni anagrafiche, di specialità e di rapporto di impiego dei medici italiani, per arrivare ad una seria programmazione e garantire



specialisti in meno dieci anni

Figura 1
Numero di medici
specialisti cessati
dal SSN,
suddivisi per anno



Fonte: CAT 2012

sbocchi lavorativi è necessario conoscere ed integrare vari registri.

Lo studio realizzato elabora le fonti informative presenti nei seguenti registri: Banca dati Miur, Undicesimo rapporto sullo stato del Sistema Universitario Miur 2011, Annuario Statistico Enpam 2012, Conto Annuale del Tesoro 2010 e 2012 (da adesso in poi Cat), Ced FNOMCeO 2012 e 2013, verbali Conferenza Stato Regioni, documento della Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN 2012 allo scopo di definire una cornice entro la quale realizzare una programmazione sanitaria che consideri curve di pensionamento, borse di studio Miur, fabbisogni specialistici richiesti dalle Regioni e numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia.

I medici attivi in Italia al 2013, sino all'età di 70 anni, sono circa 327.900 (fonte: Ced FNOMCeO 2013). Il personale medico dipendente del Ssn che opera nelle Asl, nelle Aziende Ospedaliere, negli istituti di ricovero e cura pubblici a carattere scientifico e nelle Ares, ammonta a circa 116.000 unità, di cui a tempo indeterminato 109.000 unità e con rapporto flessibile 7.000 unità (fonte: Conto annuale dello Stato 2012); il personale medico universitario che opera nei policlinici e nelle aziende ospedaliere

universitarie è pari a circa 11mila unità (fonte: Banca Dati Ufficio Statistico Miur 2012); i medici specialistici ambulatoriali convenzionati (con esclusione degli odontoiatri) insieme ad altri settori specialistici rappresentano circa 15.000 unità (fonte: Annuario Statistico Enpam 2012). I calcoli ai fini della programmazione dei fabbisogni sono stati effettuati su questi 3 macro aggregati di medici specialisti.

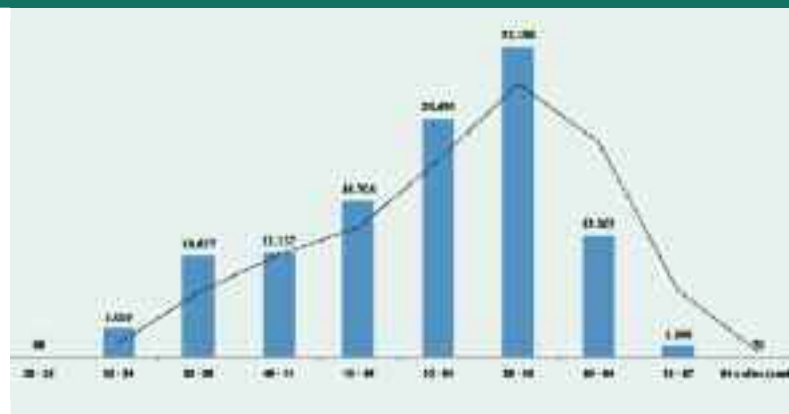
Secondo il CAT del 2012, i medici dipendenti del Ssn cessati (escludendo i passaggi ad altre amministrazioni dello stesso comparto o di altro comparto, i licenziamenti, i passaggi per esternalizzazioni e le cessazioni non specificate) sono risultati pari a 2784 unità (figura 1).

La figura 1 mostra una netta riduzione dei pensionamenti nel 2011 e nel 2012 dopo il picco avuto nel 2010. È il primo effetto dello "scalone" previdenziale creato con la riforma "Fornero" che ha spostato in avanti di circa 3-4 anni la possibilità di pensionamento dei nati dopo il 31 dicembre 1951. La riduzione dei pensionamenti dovrebbe continuare fino al 2015/2016, quando i medici nati dal 1952 in poi incominceranno ad acquisire i nuovi criteri di pensionamento: almeno 62 anni di età e 42 anni e 6 mesi di contributi versati ovvero 66 anni e 3 mesi per la pensione di vecchiaia.



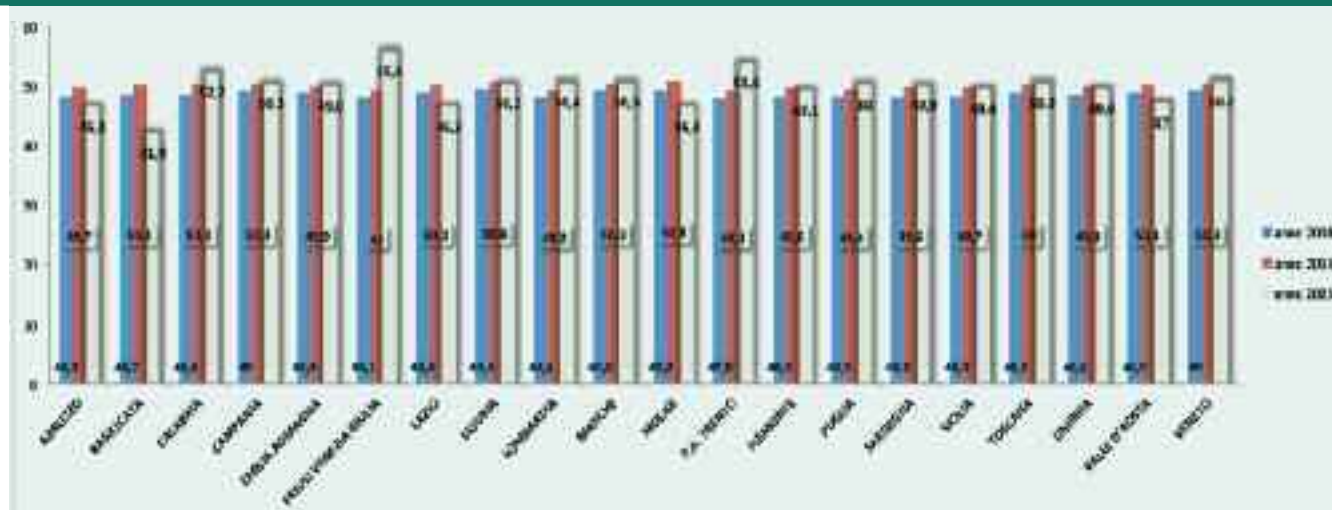
-15mila specialisti

Figura 2 (a)
Distribuzione del numero di medici dipendenti del Ssn a tempo determinato e indeterminato secondo le principali fasce d'età anagrafica



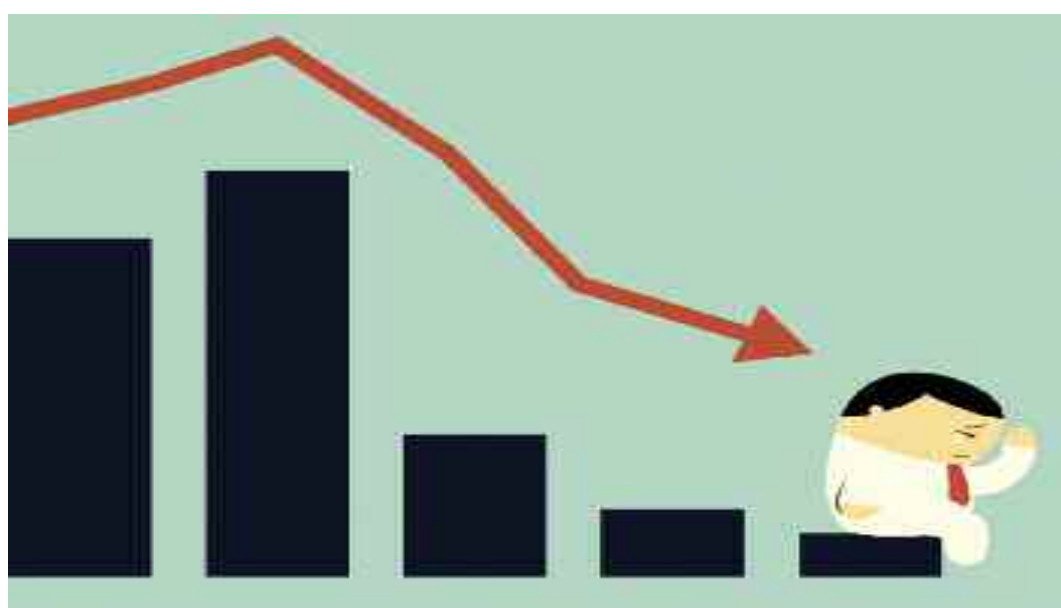
Fonte: CAT 2012

Figura 3
Età anagrafica media dei contingenti medici regionali nel 2010-13 e 2023, ad invarianza di programmazione



Fonte: elaborazione Anaao Assomed su dati CED FNOMCeO 2013

La figura 2 (a,b) mostra la distribuzione dei medici dipendenti del Ssn (ospedalieri, servizi di prevenzione e territoriali) secondo la rilevazione CAT 2012, suddivisi per fasce d'età anagrafica; la fascia d'età 65-67 anni (anno di nascita ante '49) risulta poco rappresentata essendosi realizzate le condizioni di anzianità pensionistica (pre legge "Fornero") facilitate dai riscatti previdenziali degli anni di laurea e dalle precoci assunzioni nelle strutture pubbliche in assenza di obbligo di titolo di specializzazione. L'invecchiamento della popolazione medica complessiva regionale e la sua sostenibilità previdenziale possono essere analizzate attraverso un modello prospettico. La figura 3 descrive il "trend di invecchiamento" dei contingenti medici complessivi nazionali fino al 2023, ipotizzando un'invarianza di programmazione ed estrapolando quindi la media dei fabbisogni (richieste delle Regioni) espressi negli ultimi 5 anni (2007-2013; 8531; fonte: verbali conferenza Stato-Regioni). Appare evidente come nei prossimi 10 anni il trend dell'età media risulterebbe in aumento in 9 Regioni su 20 (Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, P.A. Trento, Puglia, Sardegna, Toscana, Veneto). Per i medici dipendenti del Ssn il trend pensionistico dal 2014 è stato calcolato, su base previsionale, per fasce d'età quinquennali, piuttosto che attraverso una stima annuale, resa poco affidabile dalla revisione del sistema previdenziale e dalla variabilità dei comportamenti individuali a fine carriera. È stato ipotizzato che i medici ospedalieri dopo la riforma "Fornero" possano raggiungere i nuovi criteri di quiescenza



per anzianità (42 anni e 6 mesi di contributi versati) entro il 65° anno di età. È ragionevole prospettare che nel decennio 2014-2023 l'uscita media dal Ssn interesserà circa il 40-45% dell'attuale dotazione, considerato il trend anagrafico riportato nelle figure 2 (a, b) da cui risulta che circa il 64% dei medici dipendenti del Ssn ha più di 50 anni. D'altra parte, vi sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo il 9% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa), la mancata applicazione delle raccomanda-

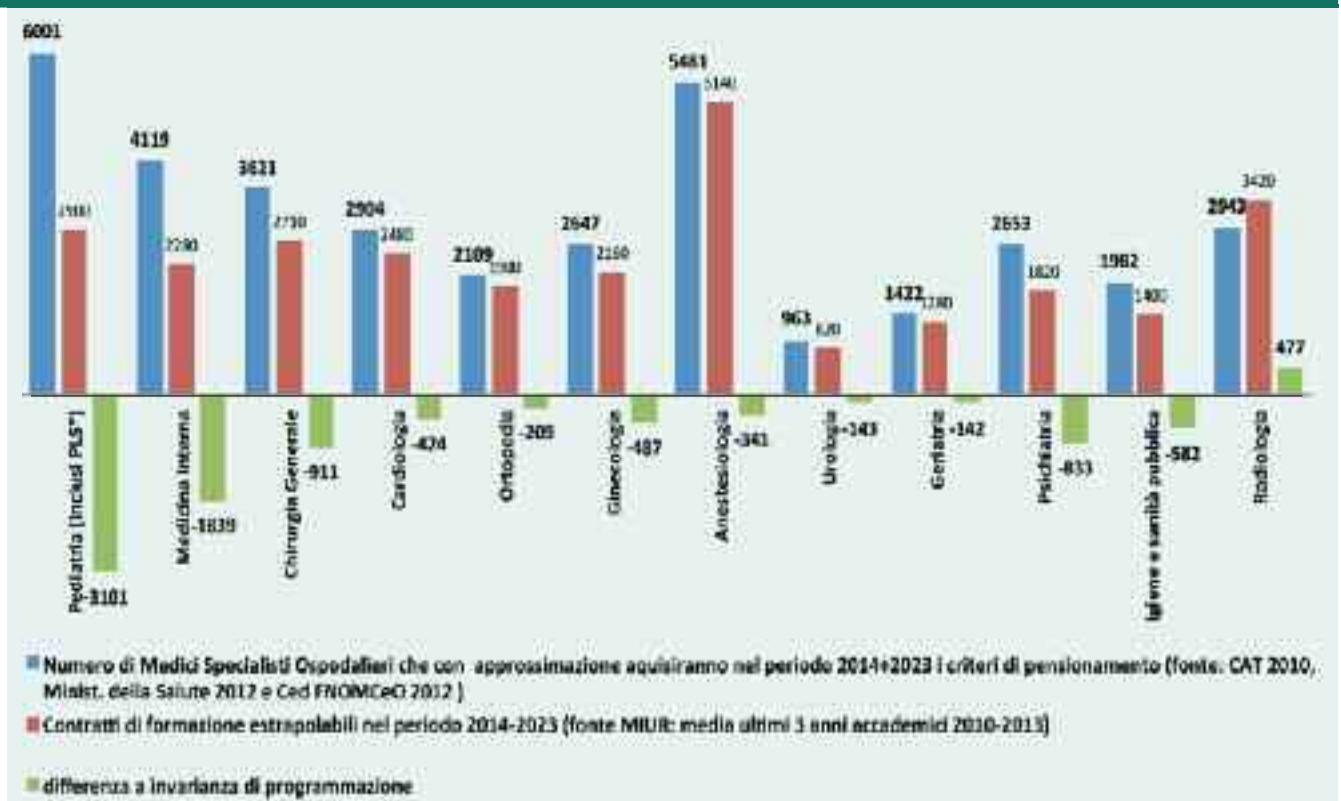
zioni contrattuali secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di guardia notturna, le difficoltà crescenti di godere delle ferie e perfino dei turni di riposo giornaliero e settimanale previsti dalla legislazione nazionale e dalle direttive europee. Non meraviglia, quindi, che un medico il quale non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dal peggioramento delle condizioni lavorative a svolgere turni di guardia notturna e una gravosa mole di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 64-65 anni, o prima se la sua situazione previdenziale lo consente, magari ac-

Figura 2 (b)
Distribuzione percentuale del numero di medici dipendenti del Ssn a tempo determinato e indeterminato secondo le principali fasce d'età anagrafica



Fonte: CAT 2012

Figura 4
Specialità principali del Ssn: pensionamenti confrontati con i contratti di formazione Miur ad invarianza di programmazione



Fonte: proiezione decennale, 2014-2023

Tabella 1
Specialità principali del Ssn: pensionamenti dei medici specialisti operanti nel Ssn confrontati con i contratti di formazione Miur ad invarianza di programmazione

SPECIALITÀ (CASPITE)	Numero di Medici Specialisti dipendenti del Ssn che con approssimazione acquisiranno nel periodo 2014-2023 i criteri di pensionamento (fonti: CAT 2010, Minist. della Salute 2012 e Ced FNOIMCeO 2012)	Contratti di formazione estrapolabili nel periodo 2014-2023 (fonte MIUR: media ultimi 3 anni accademici 2010-2013)	Differenza a invarianza di programmazione
Pediatria (Inclusi PLS*)	6001	2900	-1101
Medicina Interna	4119	2280	-1839
Chirurgia Generale	3621	2710	-911
Cardiologia	2904	2480	-424
Ortopedia	2109	1900	-209
Ginecologia	2647	2160	-487
Anestesiologia	5481	5140	-341
Urologia	963	820	-143
Geriatrica	1422	1280	-142
Psichiatria	2653	1820	-833
Igiene e sanità pubblica	1982	1400	-582
Radiologia	2943	3420	477

* PLS: Pediatri di libera scelta

Fonte: proiezione decennale, 2014-2023

ettando le penalizzazioni economiche previste, decida di abbandonare il posto di lavoro. Le osservazioni sopra esposte, consentono di mettere a confronto, per le principali Specialità, i flussi pensionistici nel Ssn nei prossimi 10 anni (fonte: CAT 2010, Ced FNOIMCeO 2012 e Ministero della Salute 2012), con le capacità formative post laurea (contratti di formazione specialistica MIUR, ad invarianza di programmazione) nello stesso decennio (Tabella 1 e Figura 4). Quasi tutte le specialità analizzate subiranno un deficit che rischia di impoverire la qualità dei servizi offerti dal Ssn. I medici nati tra il '49 e il '58, dipendenti del Ssn, hanno già maturato o matureranno i criteri pensionistici pre o post "Fornero" nell'arco dei prossimi 10 anni (2014-2023) e costituiranno un numero di cessazioni stimabili in circa 47.200 unità (fasce d'età 55-59, 60-64 anni e oltre), di cui circa 14.150 nel primo quinquennio e circa 33.050 nel secondo quinquennio. Nel quinquennio 2024-2028 i medici in possesso dei criteri di quiescenza dovrebbero essere circa 25.500, con una media annuale di 5100 unità. Solamente nel de-

-15mila specialisti

Figura 5
Confronto tra fabbisogni specialistici (richieste regionali), contratti Miur e posti a numero chiuso di Medicina e Chirurgia per anno accademico

Fonte: atti ministeriali Miur, verbali Conferenze Stato-Regioni

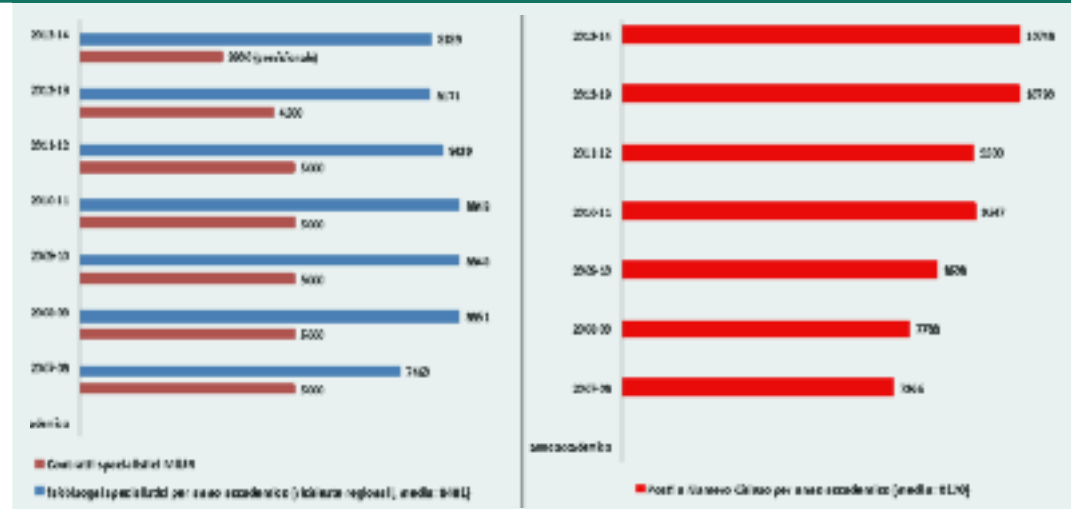
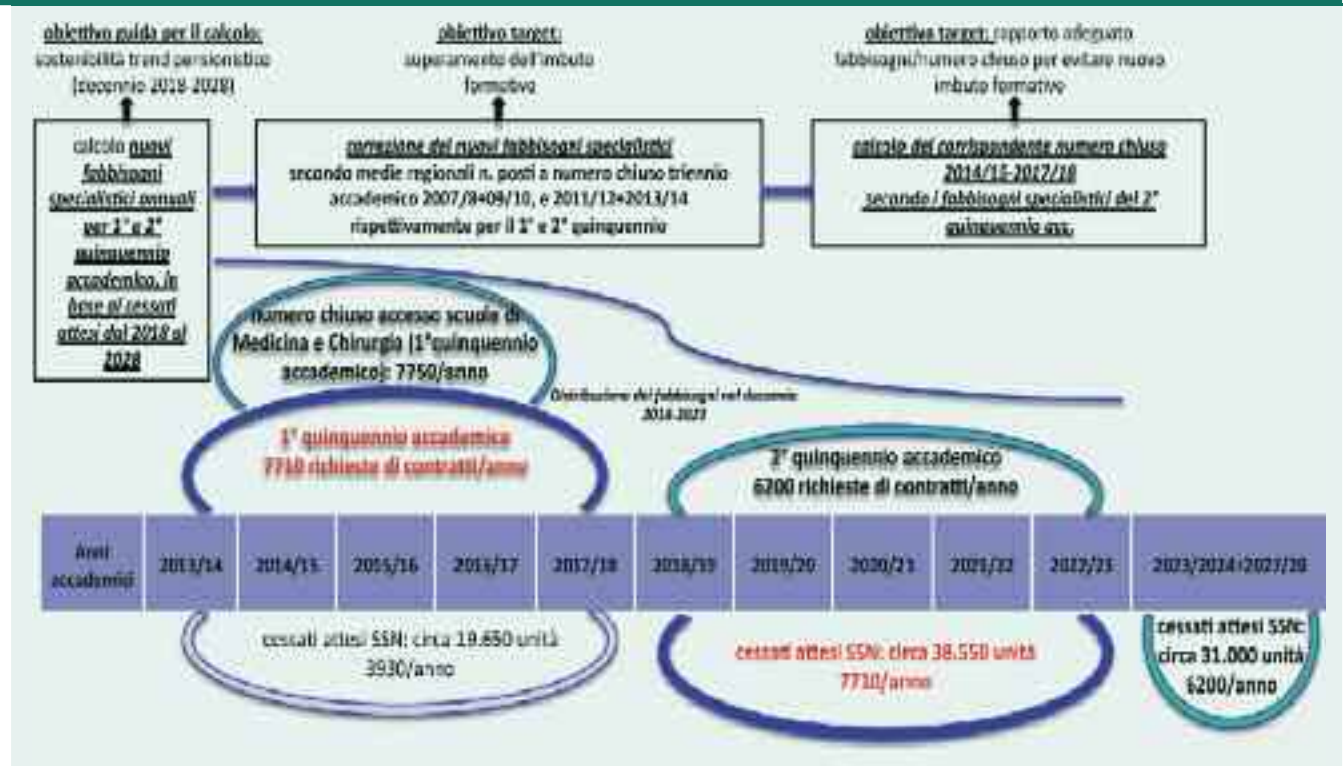


Figura 6
Schema e timeline della nuova programmazione sanitaria per gli anni accademici 2013/14 - 2022/23

Fonte: elaborazione Anaa Assomed su dati CED FNOMCeO 2013



cennio 2029-2038 si registrerà una contrazione del numero di cessazioni annuali, sostenute dalle fasce d'età 40-44 anni e 45-49 anni del Cat 2012, con media annuale di circa 2.800 unità, ritornando al livello in essere prima della riforma "Fornero".

In aggiunta alle cessazioni del personale medico dipendente, vanno considerate le uscite relative al personale medico universitario e specialista ambulatoriale convenzionato. Anche per queste altre 2 categorie si può stimare un trend prudenziale di cessazioni, nel corso del prossimo decennio (2014-2023).

A nostro parere il diverso criterio di pensionamento (65 anni per i ricercatori e 70 anni per i professori di 1a e 2a fascia) del personale medico universitario dovrebbe essere "riassorbito" dall'età media più elevata (61 anni per i professori ordinari che rappresentano il 21% della popolazione; 55 anni per i professori associati che rappresentano il 29%; 45 anni per i ricercatori che rappresentano il 50%) portando ad una percentuale di cessazioni sovrapponibile a quella

dei dipendenti del Ssn (40-45%). Per i medici specialisti ambulatoriali, nonostante la composizione anagrafica più anziana rispetto a quella dei medici dipendenti (oltre il 70% ha un'età superiore a 50 anni), i nuovi criteri pensionistici (pensione di vecchiaia crescente da 66 a 68 anni nei prossimi anni) dovrebbero comportare una percentuale di pensionamenti intorno al 40%.

In sintesi, le uscite del personale medico universitario nel decennio sono stimabili in circa 5.000 unità (500 unità per anno), quelle dei medici specialisti ambulatoriali in circa 6000 unità (600 unità per anno).

La stima complessiva, espressa anche su base media annuale, delle cessazioni attese nei prossimi 3 quinquenni per tutte le categorie di specialisti, operanti nel Ssn, risulta come sotto riportato:

- **quinquennio 2014-2018:** circa 19.650 unità, pari a 3930 unità per anno;
- **quinquennio 2019-2023:** circa 38.550 unità, pari a 7710 unità per anno;

- **quinquennio 2024-2028:** circa 31.000 unità, pari a 6200 unità per anno.

Pertanto nei prossimi 10 anni (2014-2023) le cessazioni complessive (personale medico Ssn, personale medico universitario, medici specialisti ambulatoriali) saranno stimabili in circa 58.200 unità, ben al di sopra del numero di contratti di formazione specialistica previsti dall'attuale programmazione (42.700 nel decennio, considerando la media degli ultimi 3 anni).

Queste criticità, impongono una nuova programmazione sanitaria. Le urgenze da risolvere, per le implicazioni che hanno su qualità e sostenibilità del Ssn sono l'imbutto formativo, risultato dal gap tra numero chiuso, ma in crescita costante negli ultimi anni, per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia e l'offerta formativa post-laurea, sofferente di una variabilità tra contratti di formazione specialistica MIUR, vincolati a risorse economiche in contrazione, e richieste regionali (figura 5). Senza dimenticare il precariato medico generato sia dal blocco del turnover che da riforme pensio-

Tabella 2
Calcolo dei nuovi fabbisogni specialistici per i prossimi 2 quinquenni (2013/14-2022/23) corretti in base alle medie regionali dei posti a numero chiuso per i trienni accademici 2007/08-09/10 e 2011/12-2013/14, rispettivamente.

REGIONE	n. medio posti regionali a numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia (triennio accademico 2007/08-09/10)	nuovi fabbisogni annuali, per il 1° quinquennio (2013/14-2017/18), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 2° quinquennio 2019-2023 (fonte: CAI 2012, Annuario Statistico ENPAM 2012, Banca Dati Ufficio Statistico MIUR 2012) corretti in base al posti a numero chiuso (media triennio accademico 2007/08-09/10)	nuovi fabbisogni annuali, per 2° quinquennio (2018/19-2022/23), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 3° quinquennio 2024-2028 (fonte: CAI 2012, Annuario Statistico ENPAM 2012, Banca Dati Ufficio Statistico MIUR 2012) corretti in base al posti a numero chiuso (triennio accademico 2011/12-2013/14)
ABRUZZO	176	262	119
BASILICATA	-	81	40
CALABRIA	82	78	118
CAMPANIA	448	854	820
EMILIA ROMAGNA	406	766	609
FRIULI VENEZIA GIULIA	118	188	148
LAZIO	745	917	750
LIGURIA	220	200	162
LOMBARDIA	1387	1727	998
MARCHE	180	171	93
MOLISE	44	66	46
P.A. BOLZANO	-	53	26
P.A. TRENTO	-	63	31
PIEMONTE	574	650	193
PUGLIA	106	188	210
SARDEGNA	211	258	191
SICILIA	773	734	558
TOSCANA	326	395	493
UMBRIA	209	190	140
VALLE D'AOSTA	-	22	11
VENETO	420	389	358
Totale	7587	7710	6209

Tabella 3
Calcolo dei posti a numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia sulla base dei nuovi fabbisogni calcolati per il 2° quinquennio accademico (il calcolo dei posti a numero chiuso ha previsto una maggiorazione stimata del 25% del numero complessivo dei fabbisogni, in considerazione del tasso di laurea in 6 anni (circa 80-85%), del tasso di abbandono del CdL (3-5%), della quota di studenti fuori corso e delle borse per la scuola di Medicina Generale (10%)

REGIONE	n. medio posti regionali a numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia (triennio accademico 2011/12-2013/14)	nuovi fabbisogni annuali, per 2° quinquennio (2018/19-2022/23), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 3° quinquennio 2024-2028 (fonte: CAI 2012, Annuario Statistico ENPAM 2012, Banca Dati Ufficio Statistico MIUR 2012) corretti in base al posti a numero chiuso (triennio accademico 2011/12-2013/14)	posti a numero chiuso annuali, per accesso scuole di Medicina e Chirurgia (quinquennio accademico 2013/14-2017/18), calcolati sulla base dei fabbisogni espressi per il 2° quinquennio 2018/19-2022/23
ABRUZZO	577	319	779
BASILICATA	-	40	-
CALABRIA	200	118	110
CAMPANIA	1851	610	789
EMILIA ROMAGNA	1012	603	797
FRIULI VENEZIA GIULIA	242	143	130
LAZIO	1287	750	956
LIGURIA	275	162	236
LOMBARDIA	1681	998	1344
MARCHE	157	93	110
MOLISE	76	46	59
P.A. BOLZANO	-	26	-
P.A. TRENTO	-	31	-
PIEMONTE	595	331	447
PUGLIA	405	210	304
SARDEGNA	324	191	249
SICILIA	934	558	734
TOSCANA	833	493	627
UMBRIA	353	140	188
VALLE D'AOSTA	-	11	-
VENETO	601	358	451
Totale	10325	6209	7710

*Correzione di circa il 25% rispetto ai fabbisogni di riferimento, in considerazione del tasso di laurea e degli iscritti (circa 80-85%), tasso di abbandono del CdL (3-5%), quota di studenti fuori corso e delle borse per la scuola di Medicina Generale.

nistiche sempre in itinere che spostano in avanti l'uscita dal sistema. Entrambi i fenomeni spingono le Regioni, a torto o a ragione, ad un errato calcolo programmatico dei fabbisogni di personale.

Va considerato che i fabbisogni specialistici espressi dalle Regioni, rappresentando verosimilmente una stima più aderente alla realtà e nonostante le disomogeneità programmatiche, costituiscono il fattore modulabile della programmazione, e quindi l'obiettivo di ogni intervento.

La sostenibilità previdenziale, il precariato e la continuità formativa devono essere quindi la base per una revisione del numero dei posti di

accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia, dei fabbisogni specialistici (richieste regionali), secondo una vision prospettica che tenga conto delle cessazioni previsionali dei medici specialisti nei prossimi 10-15 anni, pur scontando l'incertezza derivante da diversi modelli di organizzazione del lavoro.

La figura 6 mostra come le cessazioni attese dal 2018/19 al 2027/28 siano determinanti per il calcolo dei nuovi fabbisogni specialistici per i prossimi futuri 2 quinquenni (considerando che la durata media delle specialità è di 5 anni). Nel calcolo proposto, la distribuzione regionale dei nuovi fabbisogni è stata corretta in base alle medie regionali dei posti a numero chiuso allora

stabiliti per i trienni accademici 2007/08-09/10, e 2011/12-2013/14, rispettivamente. I fabbisogni, sempre intesi come richieste regionali, calcolati per gli anni accademici 2018/19-2022/23 concorrono infine a determinare il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia dal 2014; il calcolo ha previsto una maggiorazione stimata del 25% del numero dei fabbisogni da cui deriva, in considerazione del tasso di laurea in 6 anni (circa 80-85% degli iscritti), del tasso di abbandono del Corso di Laurea (circa 3-5%), della quota di studenti fuori corso e delle borse per la scuola di Medicina Generale (circa 10%) (Tabelle 2 e 3).

La strategia di contenimento della spesa for-

-15mila specialisti

mativa, fino ad oggi applicata, non appare fonte di equilibrio e di risparmio reale, soprattutto se la distribuzione di pochi contratti di formazione Miur viene indirizzata verso Atenei capofila con grandi reti formative, talvolta anche inter-regionali. Risulta quindi necessario identificare e adottare misure correttive, soprattutto per le branche specialistiche evidenziate in tabella 1, che agiscono in controtendenza alla contrazione complessiva dei contratti proposta oggi dal Ministero.

I fabbisogni specialistici (richieste regionali) e il numero chiuso, calcolati attraverso la metodologia sopra descritta, sono stati riportati nelle tabelle 2 e 3 come nuovi previsionali Regione per Regione. I risultati su scala nazionale sono:

- **7750 posti annuali** complessivi nazionali (numero chiuso) per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia, calcolati per il 1° quinquennio accademico 2013/14-2017/18;
- **7710 fabbisogni specialistici** annuali complessivi nazionali, calcolati per il 1° quinquennio accademico 2013/14-2017/18;
- **6200 fabbisogni specialistici** annuali complessivi nazionali, calcolati per il 2° quinquennio accademico 2018/19-2022/23.

L'imbuto che si è creato tra numero annuo di laureati in medicina, crescente grazie a miopia delle politiche di accesso ed invasioni del Tar, e posti nelle scuole di specializzazione, in progressiva riduzione a causa della esiguità delle risorse economiche rese disponibili dalla legge di stabilità, ha già creato ampie e preoccupanti sacche di disoccupazione e sottoccupazione medica. E' evidente che "togliendo" e "tagliando" il futuro alle nuove generazioni di medici, e impedendo loro un accesso al Ssn, di fatto si vuole costringerle a cambiare Paese facendo morire lo stesso sistema sanitario. A nostro parere, oltre a denunciare l'imbuto formativo, per onestà intellettuale, si dovrebbe pensare criticamente ai decreti del Miur che hanno aumentato la durata dei percorsi formativi, introdotto il bonus per chi partecipava al concorso per l'ammissione alle scuole di Medicina e Chirurgia, per poi toglierlo e reintrodurlo, modificando di fatto le graduatorie e spingendo chi non era entrato a ricorrere alle vie legali. La programmazione non è da intendersi come uno sterile ed insignificante vocabolo, spesso utilizzato e abusato dai politici e dai funzionari ministeriali e regionali come scorciatoia per sfuggire ad una doverosa e corretta allocazione delle risorse che garantisca al contempo una puntuale definizione dei fabbisogni ed una buona qualità della formazione.

Se il precariato medico è diventato un'emergenza sociale, si deve anche rivedere la formazione, oggi affidata solo alle Università, ripensando gli Ospedali italiani come occasione professionalizzante per i medici neo-laureati e di sviluppo di expertise per i medici a fine specialità.



Occorre quindi mettere in discussione le caratteristiche di un sistema autoreferenziale che si interpreta e si comporta come privo di limiti e di obblighi sociali, rendendo sempre più evidente come l'attuale sistema formativo medico post-laurea, che di fatto esclude le competenze e le prerogative del Servizio Sanitario, necessiti di un profondo ripensamento e di un vero e proprio cambio di paradigma. Va in questa direzione la discussione in merito all'istituzione o meno di una graduatoria nazionale non solo per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia ma anche per le Scuole di Specialità, e l'incontro facilitato di formazione universitaria e mondo del lavoro.

A questo proposito un ipotetico "scenario" di incontro, potrebbe essere sintetizzato come segue:

- **50% della durata** della specialità con contratto di formazione specialistica in ambito universitario;
- **50% in ambiente extra-universitario** (scelta personale di almeno una sede ospedaliera extra universitaria, ma della rete formativa, in cui turnare, con eventuale possibilità di assunzione con contratto di formazione specialistica a carico dei bilanci regionali o aziendali, anche per l'aspetto contributivo) senza l'obbligo di aver già conseguito il titolo di specialista. Questo permetterebbe anche di liberare risorse per colmare il gap fabbisogni/contratti Miur;
- **frequenza finale** di 6 mesi nella sede ospedaliera di preferenza, tra le massimo 3 frequentate (praticantato valutato ai fini di una possibile assunzione post specialità), oppure facoltà di svolgere il praticantato presso la stessa sede universitaria, qualora lo specializzando decidesse di concorrere per una borsa di dottorato di ricerca;
- **abolizione dei dottorati** di ricerca senza borsa.

In conclusione, noi riteniamo che da queste considerazioni si possa partire per recuperare un ruolo formativo del sistema sanitario pubblico. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il Ssn può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, efficacia, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate.

In concreto, pensiamo che aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina non risolve il problema della prossima mancanza di Medici specialisti perché i primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della pleora medica. La strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al sistema. Occorre, pertanto, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o manifeste e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale ed al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche. La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali ed accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli Ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

Intervista a Kristos Papafrangos

La sanità greca? In caduta libera

A quattro anni dai primi interventi della Trojka europea (Fmi, Ue e Bce) per ripianare il deficit dello Stato ellenico, la mannaia dei tagli continua a mietere vittime. L'ultimo atto, alla fine di febbraio, ha avuto come obiettivo la rete statale degli ambulatori specialistici del paese (l'Eopyy, ossia l'Ente nazionale per la prestazione dei servizi sanitari). Un ennesimo giro di vite che ha provocato le reazioni dei medici greci (alcuni dei quali si sono rifiutati di consegnare gli edifici pubblici che ospitano i poliambulatori del servizio sanitario pubblico), ed anche le immediate ritorsioni del Governo che, al grido di chi rompe paga, ha minacciato sanzioni a carico dei camici bianchi per eventuali danni a strutture e macchinari. Un atto che potrebbe rendere l'accesso dei pazienti all'assistenza sanitaria di base sempre più difficile, soprattutto considerando che molte strutture potrebbero essere chiuse. Un ennesimo colpo basso alla sanità greca che va ad aggiungersi a una lunga lista di fendenti che ha provocato un impoverimento della sanità pubblica: gli ospedali sono sottofinanziati, in grado di supportare solo le operazioni di prima necessità a fronte di carenze significative di materiali, cibo e medicine. A questo si aggiungono una smisurata contrazione dei redditi e una preoccupante carenza di personale (oltre 15mila medici andranno in pensione e non saranno sostituiti), ed anche l'abolizione delle guardie notturne negli ospedali.

Il presidente della Federazione dei medici ospedalieri della Grecia (Oenge), Dimitris Barnaba parla di "fallimento totale della prima rete di assistenza del Ssn" e di tentativi di nascondere questo fallimento, prima delle elezioni, per dare la sensazione che i problemi sono risolti.

E così le proteste dei medici montano sempre di più. Il mese di aprile si preannuncia caldissimo: l'11 aprile, i medici degli ospedali di tutto il paese hanno incrociato le braccia. E questa è solo la prima di un'ennesima lunga serie di proteste che culminerà in un nuovo sciopero generale di tutto il mondo sanitario.

Soprattutto cresce, tra le associazioni sindacali di categoria, il "ragionevole sospetto", così lo hanno definito in una nota, che molte funzioni della sanità pubblica vengano assegnate a società private. Con tutte le conseguenze negative che questo comporterà per la qualità e la sicurezza

Gli ospedali pubblici sono allo stremo, mancano personale, materiali, cibo e medicine. E l'assistenza sul territorio peggiora di giorno in giorno. In cinque anni i medici hanno subito un taglio dei due terzi dei loro stipendi. Le proteste dei medici sono ormai all'ordine del giorno. Ne abbiamo parlato con il dottor Kristos Papafrangos, direttore in un centro di cure primarie

dei servizi e dei relativi costi a carico dei pazienti. Insomma, uno scenario che in questa intervista il dottor Kristos Papafrangos, direttore in un centro di cure primarie, non esita a definire "tragico". E lo ripete più e più volte.

Dottor Papafrangos, le notizie che arrivano dalla Grecia sono sempre più preoccupanti. Com'è la situazione?

Tragica. Fino al 2009 la situazione era sotto controllo, ma da quando la trojka ha imposto al governo greco di fare sostanziosi tagli nel settore pubblico è iniziato il declino. I primi a essere colpiti sono stati i nostri stipendi: ho la qualifica di Direttore (in Grecia non ci sono differenze tra medici del territorio e medici ospedalieri, dal punto di vista contrattuale siamo equiparati), nel 2009 guadagnavo circa 4mila euro netti, ora arrivo a 1.600 euro al mese. Poi sono arrivati i tagli negli ospedali. Nelle strutture scarseggiano i materiali di prima necessità, cibo e medicine. Praticamente le strutture rimangono in piedi grazie al nostro contributo.

Questa situazione è omogenea in tutto il Paese?

Sì la situazione di crisi è ovunque. Tutte le strutture, sia i centri di cure primarie sia i grandi ospedali, sono in ginocchio. Non è raro vedere i parenti dei pazienti costretti a portare i farmaci negli ospedali. Un'esperienza che ho vissuto sulla mia pelle: ho dovuto portare le siringhe da casa mia per poter assistere un parente ricoverato, ed anche l'insulina perché era impossibile averla in ospedale. E non ci sono privilegi, se dovessi essere ricoverato in ospedale non riceverei un trattamento più favorevole nonostante la mia professione.

Ogni giorno l'Oenge, l'organizzazione dei medici ospedalieri, che comprende anche noi medi-

ci dei centri di cure primarie, denuncia questa grave situazione, ma la nostra voce rimane inascoltata. A dominare sono solo i diktat della Trojka.

E la sanità privata?

Stanno nascendo molti centri gestiti da privati che dispensano ricette a prezzi contenuti.

Recentemente l'organizzazione dei medici ospedalieri ha denunciato il caso di chirurghi privati che hanno usato le strutture pubbliche per operare a pagamento. Un'anomalia nel nostro sistema che vieta categoricamente ogni sorta di partecipazione privata in ospedale pubblico, e sulla quale sta indagando la magistratura. Soprattutto le lunghe liste d'attesa nelle strutture pubbliche fanno sì che le persone si rivolgono al privato per avere le cure. Almeno quelli che possono ancora permetterselo. Pensiamo che negli ospedali si aspetta più di un mese e mezzo per la chemioterapia. Diventa quindi inevitabile rivolgersi al privato dove tutto è più rapido.

Lei ritiene che ci sia quindi la volontà di devolvere la sanità verso il privato?

È così. Credo che ci sia un disegno che va proprio in questa direzione.

Le notizie che arrivano in Italia ci dicono che molti farmaci non sono disponibili e anche quelli che sono reperibili non si trovano in tutte le farmacie del Paese. Com'è lo scenario?

Il problema dei farmaci sta diventando esplosivo. Fino a un anno fa il sistema copriva una parte dei farmaci "griffati". Ora non possiamo più prescriverli, il sistema rimborsa solo il farmaco generico al prezzo più basso. Questa è una limitazione al diritto dei pazienti a poter scegliere liberamente il farmaco senza doverlo pagare di tasca propria.

La mia “avventura” in Francia

In un altro Stato, in un'altro ospedale

“Vous n’avez pas besoin de maîtriser une langue, Madame, pour faire comprendre que vous aimez votre métier et vous faire exprimer confiance”
 “Non Le serve conoscere perfettamente una lingua, Dottorosa, per far capire che ama il suo lavoro e per farle esprimere fiducia”

Gaia Gianola,
 Specializzanda in
 Ostetricia e Ginecologia,
 IV anno Università degli
 Studi di Genova

La mia avventura inizia circa quattro mesi fa, quando mi sono trasferita in un altro Stato, in un'altra città, in un altro ospedale, geograficamente non molto distante e che non credevo, invece, così lontano ideologicamente.

L'impatto è stato strano, subito ti accorgi che l'essere straniero e donna qui non conta, devi saper lavorare e darti da fare come tutti per trovare il tuo spazio e farti valere: non hai scuse né attenuanti, sei come gli altri, mentre provieni da antichi retaggi che ormai non avrebbero più ragione di esistere, in cui ancora l'essere donna o straniero può essere un handicap.

Gli specializzandi di Ginecologia e Ostetricia fanno dieci semestri di formazione, ogni sei mesi cambiano mansioni e spesso anche ospedale, tutto viene organizzato in base alla posizione nella graduatoria nazionale, il loro piazzamento determina tutto il loro futuro. Infatti, gli specializzandi meglio 'classificati' non solo scelgono la specialità alla quale possono iscriversi, ma anche gli ospedali più prestigiosi nei quali formarsi: è per questa ragione per cui, dove mi trovo io, arrivano solo quelli più preparati e determinati, i 'migliori'.

Descrivere l'organizzazione della scuola di specialità francese non è per niente facile, perché ognuno degli specializzandi ha un suo percorso, ognuno si costruisce la sua carriera e sviluppa le sue attitudini e preferenze.

Inserirsi, certo non è immediato... Le differenze sono molte e non si possono ignorare.

A partire dalla struttura ospedaliera nuova, ricca, con molte risorse, ma in cui tutti gli operatori fanno economia, nessuno spreca niente, grande è il senso civico e il rispetto per la 'cosa di tutti', quella che per molti di noi Italiani invece è la 'cosa di nessuno': questo non può passare inosservato.

La giornata inizia alle 8, meglio alle 8 meno qualche minuto, tutti presenti e già in tenuta da lavoro, allo staff. Tutti, ma proprio tutti, primario, ginecologi, pediatri, ostetriche, specializzandi, allieve ostetriche, studenti, chiunque lavori nell'Unità Operativa è ben accetto. Riuniti in rigoroso silenzio si assiste alla presentazione dei dossier delle donne che hanno partorito nelle 24 ore precedenti e si proiettano i tracciati CTG in modo da seguire i ragionamenti sulle scelte e modalità di espletamento del parto, poi si discute dei casi ricoverati, delle donne in travaglio, e infine i pediatri forniscono un diretto riscontro sull'outcome neonatale.

Il confronto porta a una decisione, indiscutibile, e le idee sono chiare.

Alla donne non viene mai fornito un parere discordante, le risposte di tutti gli operatori sono univoche, non esiste confusione. Quando una paziente entra in un reparto così organizzato, a chiunque chieda informazioni, otterrà sempre la stessa risposta. Questa 'voce comune' è molto rassicurante e le donne si affidano completamente alle cure, e nella maggior parte dei casi si realizza una totale compliance da parte loro. È così che nel giro di pochissimo ti ritrovi immerso in questa nuova realtà e ne resti travolto, forse anche perché in ospedale tutti lavorano a tempo pieno con una media di 10 ore al giorno.

Ai medici, che rappresentano l'eccellenza, viene riconosciuta la loro professionalità e la loro dedizione con una retribuzione che gli permette di non aver bisogno di fare altro per guadagnare. Comunque, dallo studente di medicina che fa tirocinio agli specializzandi, agli altri medici e al primario, nessuno va a casa prima delle 18.30, e in questo modo realmente la continuità assistenziale è garantita.

Il lavoro è a tempo pieno, ad un ritmo apparen-



altra città,



temente rilassato, non caotico o frenetico ma in un susseguirsi di giornate infinite (le guardie per strutturati e specializzandi sono di 24 ore... mi dicono che poi ci si abitua... io sono ancora nella fase che verso le 3 del mattino, dopo 19 ore mi aggiro come uno zombie), e comunque si va avanti e si lavora continuamente, scrupolosamente,

devi essere sempre molto meticoloso, perché in Medicina, le risposte spesso te le devi cercare... Quando sei di guardia c'è il pronto soccorso che incombe, ci si divide tra la sala parto e le visite in urgenza.

Spesso le donne in stato di gravidanza si spaventano e hanno bisogno di essere tranquillizzate sullo stato di benessere della loro creatura, ma, a volte, l'Ostetricia ti tende una delle sue trappole... Parte il 'codice rosso': qui questo significa che in 15 minuti quel bambino deve nascere, ovunque si trovino i medici, le ostetriche, la sala operatoria e la donna... La scarica di adrenalina arriva come una secchiata di acqua gelida, non ti farà dormire il giorno dopo, ma il pensiero di aver salvato una vita ed evitato una tragedia è il motore della passione per questo lavoro... Devo dire che, in questo, siamo bravi anche noi italiani e quando c'è bisogno siamo veloci e pronti.

Gli specializzandi e le ostetriche seguono le donne con gravidanze fisiologiche e gli strutturati quelle patologiche. Gli specializzandi e le ostetriche abilitate eseguono le ecografie del primo e del terzo trimestre, quella del secondo trimestre - per noi l'ecografia morfologica - viene eseguita da uno degli strutturati che si occupano di diagnosi prenatale, in modo che, se venissero riscontrate patologie fetali, la donna possa essere monitorata a seconda della necessità, e che possano essere organizzate tutte le consulenze necessarie per il nascituro.

In questa rete di visite e consulenze, l'interruzione di gravidanza è solo una minuscola formalità nella complessità di una gestione clinica a tutto tondo, che qui viene chiamata di 'accompagnamento'.

Accompagnamento alla nascita, a quella di un bimbo che subirà un intervento a breve, di un bimbo che dovrà lottare per sopravvivere, ac-

compagnamento alla scelta di interrompere la gravidanza. Alla sera quindi, torno a casa entusiasta per le cose viste, imparate, e con un bagaglio sempre più ricco, ma con un po' di amaro in bocca, delusa dal mondo da cui provengo, delusa di aver riposto tempo e fatica in pezzi di carta, in burocrazia inutile che sicuramente non mi hanno insegnato con questo approccio clinico e formativo la professione, e con domande che ti riempiono la testa: 'perché noi no?'

E anche arrabbiata... dopo gli anni di specialità qui si fanno due anni come 'assistance', e le due 'assistance' sono due ragazze, più giovani di me, ma a vederle lavorare sembra che abbiano una esperienza secolare e la sicurezza di insegnare a noi specializzandi tutto. Infatti, qui tutto viene eseguito a 4 mani, le due dello strutturato guidano quelle dello specializzando fino a quando non possano essere lasciate andare avanti da sole. Non esiste niente che lo specializzando non possa fare insieme a un responsabile.

E quindi, specializzandi al terzo trimestre fanno forcipi, ventose, cerchiaggi e tutti i cesarei, anche quelli più complicati, ed è così che imparano giorno dopo giorno.

'Perché noi no? Perché a noi resta da scrivere la cartella clinica o il referto di un intervento chirurgico nel quale la nostra partecipazione è stata assolutamente marginale?'

'Perché anche noi specializzandi italiani non possiamo essere 'cresciuti' professionalmente così? 'Perché noi non possiamo imparare dai nostri maestri una professione in cui la trasmissione diretta dell'esperienza è indispensabile?'

Non ho una risposta a queste domande ma mi resta lo sconforto di pensare di aver imparato di meno e di non essermi trasferita prima... con la ferma consapevolezza che nella mia cara Italia, le troppe denunce e le tante polemiche non ci renderanno medici migliori, ma solo meno capaci e più timorosi, perché prudenti, e non per paura di finire in tribunale, ma per la salute delle nostre pazienti, lo siamo già...

E alla fine, quindi, quella frase di quella donna che ti guarda negli occhi, ti fa capire di essere ancora in tempo a imparare, e così... ci si alza ogni mattina con l'entusiasmo di un neofita e si riparte nella speranza di 'crescere' ancora, giorno dopo giorno.

IL RACCONTO DI GAIA PER CAPIRE COSA MANCA "QUI"

L'abbiamo accompagnata nella scelta della sede europea dove, pur avendo forti legami familiari qui, voleva assolutamente finire la sua esperienza di ginecologa in formazione. Ha scelto la Francia perché ne conosceva meglio la lingua, e quella città, Lione, quell'Ospedale, perché un altro collega ci era già andato. Se si fermerà lì, come la normativa prevede, per un anno, ha già lasciato alle spalle quattro anni di formazione. In cui ha imparato molto rispetto a quanto si imparava solo alcuni anni

fa, e rispetto a quanto oggi si impara mediamente in una Scuola di Specializzazione italiana. In particolare da specializzanda ha avuto modo di esercitare in libertà, con competenza crescente, un aiuto alle donne alle prese con i problemi della 194, perseguendo già in ambito ospedaliero quella continuità nella prevenzione e sostegno così richiesta ai ginecologi. Eppure. Quello che può sembrare un incondizionato peana per il modello d'oltralpe non è un j'accuse contro il nostro sistema formativo tout court: è piuttosto la

tangibile soddisfazione di bisogni che ognuno di noi almeno una volta nella sua vita ha desiderato per sé, e che non costerebbe niente soddisfare da parte dei formatori. "Riusciremo infine a superare la solitudine dell'apprendimento e della maturazione della/nella professione, dialogando con i formatori su dove stiamo andando in questo comune navigare in acque non nostre, dal quale alla lunga nessuno potrà tirarsi fuori, perché, per dirla con don Milani "o si sorte tutti insieme o non si sorte?", dicevamo all'inizio di questa

rubrica. L'abbiamo cercata apposta, nella solitudine dell'apprendimento professionale, Gaia, una delle tante giovani donne che curano, non per farla parlare di quello che abbiamo, ma per farle raccontare, da apprendista, della passione del proprio lavoro, di quello che manca a lei (e a noi), e per farci suggerire "sul campo" quello che si potrebbe fare tutti insieme per soddisfare i bisogni formativi del nostro "capitale umano".
Sandra Morano
Ginecologa Ricercatrice
Università degli Studi Genova

La lettera

Nei miei giochi di bambino desideravo aiutare gli altri, facendo finta di curarli, poi questo impulso è cresciuto con me, l'ho coccolato, lo ho interiorizzato in un'età più matura, e alla fine è diventato la mia ragione di vita e il mio lavoro dopo la laurea. Credo che, per tutti noi, che facciamo questo mestiere, l'aiutare il prossimo è la spinta che ci fa alzare la mattina, andare a lavorare senza guardare l'ora e che ci permette di superare i tanti sacrifici ai quali siamo chiamati nel quotidiano. Purtroppo però oramai da alcuni anni, la nostra professione e noi professionisti siamo sempre meno apprezzati, forse troppo invidiati (molta gente è ancora convinta che siamo ricchi, molto ricchi), e soprattutto dalla politica siamo considerati "u muru vasciu" (il muro basso), il capo espiatorio di colpe non nostre, vedi spesa pubblica alle stelle. Per cui tagli alla sanità più o meno velati; anche la mancanza di ulteriori contributi rappresenta o no un taglio al Ssn? Ovviamente sì, lo è. Ma la situazione più umiliante e terribile, non è neanche quella di lavorare in condizioni estreme con poco

Cara Anaao, cosa aspetti a mettere i guantoni per difendere la nostra professione?

personale, con turni di lavoro al limite della sopportazione, ma il fatto di essere considerati come dei delinquenti quando arriva un sinistro, perché prima o poi, lavorando sui pazienti, arriva. Purtroppo arriva come un macigno sulla vita nostra e su quella dei nostri familiari, che non hanno neanche scelto la nostra professione, ma sono vittima anche loro di qualche avvocato rampante in cerca di notorietà e di qualche consulente, alle volte poco preparato che spera di arrotondare lo stipendio, in periodo di crisi. Ma la colpa, purtroppo è anche nostra, perché non siamo mai stati capaci di difenderci, abbiamo sempre mostrato il nostro lato buono, o forse il lato debole, minacciando, facendo anche delle manifestazioni, scioperando, ma mai digrignando i denti e mai lottando con la bava alla bocca. Ormai è guerra totale, siamo sotto un assedio mediatico senza precedenti. I giornali aprono con i titoloni in caso di sospetta malpractice, scrivendo e raccontando la LORO verità, e sottacendo dopo, i fatti reali, magari quando quegli eventi avversi si dimostrano non avere niente di

malpractice. Io mi chiedo, adesso, ma cosa stiamo aspettando ancora, prima di mettere su i guantoni, in questo match di box?

Abbiamo nelle nostre mani un potere straordinario, ma non lo abbiamo mai sfruttato a nostro vantaggio, forse perché, nella nostra "forma mentis", antepriamo sempre gli altri alle nostre esigenze. Cercherò di essere più chiaro. La sanità siamo noi, le nostre menti, le nostre mani, se noi ci fermassimo per un solo istante tutti insieme sarebbe il collasso del Ssn. Immaginiamo solo per un istante che per 30 lunghissimi minuti tutti i camici bianchi che operano nel Ssn incrociassero le braccia, cosa accadrebbe? Ci sarebbe o no un caos? Qualcuno certamente morirebbe, ma in guerra le vittime, purtroppo ci sono; ma perché ci sarebbero i morti? Perché non passa giorno che negli ospedali italiani questi medici italiani salvano vite umane, non uccidono, ma salvano vite, ma nessuno ci fa oramai caso. Tutto viene considerato routine e solo il sinistro, invece è meritevole di attenzione. Allora cosa possiamo fare, per salvarci da que-

sta guerra impari?

- Proclamare uno sciopero di 24 ore, tutte le sigle sindacali mediche, senza garantire le urgenze (ovviamente è una provocazione); ci precettassero tutti, ci sbattersero in galera, ma da quel giorno ognuno si curerebbe da sé.
- Organizzare una lista di tutti gli avvocati che procedono, ingiustamente, contro un singolo collega, e rifiutare loro, successivamente, le cure mediche in tutti gli ospedali italiani.
- Pretendere dall'ordine dei medici l'immediata espulsione dei colleghi periti, quando scrivono, nelle loro perizie, fandonie evidenti e dimostrabili.
- Pretendere un nuovo status giuridico dei medici, come avviene per i magistrati.

E in ultimo e non meno importante: pretendere che, come avviene in tutti i paesi al mondo, tranne in Italia, Polonia e Messico, gli eventuali errori medici, tranne il dolo, siano valutati in base al codice civile e non da quello penale.

Carlo Fontana

Iscritto Anaao-Assomed

La risposta

Credo che tu sia stato capace di rispecchiare in poche frasi le condizioni della nostra vita professionale comuni ad una intera categoria, proponendo una rappresentazione fedele di episodi quotidiani dove i valori professionali si confrontano/scontrano con una lunga sequela di difficoltà di ordine organizzativo, amministrativo e non ultimo di ruolo sociale, che affondano il nostro lavoro in una palude da dove sembra difficile trovare una via di uscita. Siamo, insieme ai pazienti, le vittime di provvedimenti che per il primario ed unico obiettivo del "raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario" calpestanto qualità e sicurezza delle cure e travolgono i diritti dei cittadini ed i diritti di una professione per sua natura autonoma e liberale. A questo stato delle cose abbiamo reagito, certo che lo abbiamo fatto. Abbiamo contestato ogni giorno la politica dei tagli lineari ed i vuoti organizzativi da

Caro Collega, non sono i guantoni che restituiranno dignità alla nostra professione

queste politiche prodotte. Abbiamo denunciato le carenze organizzative ed i ritardi di ordine programmatico e politico che hanno provocato nelle reti assistenziali voragini dove sono stati inghiottiti per primo il sistema di emergenza-urgenza e poi a seguire gli starti più deboli della popolazione, gli anziani, i malati cronici. Abbiamo portato le nostre istanze nelle Commissioni parlamentari dove si decidevano le leggi punitive e nelle piazze dove abbiamo manifestato in decina di migliaia. Abbiamo mobilitato le nostre forze in manifestazioni, sit-in e scioperi generali pur costretti in una griglia di obblighi che regolano i conflitti nei servizi pubblici essenziali e dai quali è reato sottrarsi.

Hai ragione, però. Avremmo dovuto raccogliere di più dai nostri sforzi e meritato più rassicuranti successi. Non intendo nascondere responsabilità che pure ci sono state ma potevamo contare

solo sulle nostre forze, contro un blocco di poteri mediatici, di interessi consolidati ed antichi (vedi l'università) di istituzioni ostili (vedi le Regioni). Eppure siamo rimasti attivi e vivi e ancora oggi non abbiamo nessuna intenzione di abdicare al nostro ruolo e tradire i nostri doveri. Siamo presenti sul fronte della responsabilità professionale e delle assicurazioni, materia per le quali è stata presentata sotto la spinta delle nostre battaglie una proposta legislativa che è un primo tentativo di distinguere il profilo civile da quello penale. Abbiamo presente la criticità del nostro ruolo nel pubblico impiego, dove la specificità della dirigenza medica e sanitaria è negata a tutto vantaggio di una assimilazione innaturale con gli altri profili dirigenziali dello stato, che nulla hanno in comune con il nostro lavoro. Sarà questo uno dei temi centrali del nostro prossimo Congresso Nazionale del 17 giugno e alla fi-

ne troveremo il modo per salvaguardare le prerogative della nostra professione. Conosciamo le dure condizioni di chi lavora negli ospedali come se fossero postazioni di una industria manifatturiera e di chi lavora nei servizi territoriali, isolato senza raccordi strutturali ed organizzativi di un sistema a reti che reti non ha. Ed anche per questo abbiamo avanzato in ogni luogo istituzionale richieste e consegnate proposte risolutive. Terremo in grande considerazione i tuoi suggerimenti ed anche le tue critiche. Perfezioneremo i nostri strumenti di lotta e moltiplicheremo se necessario il nostro impegno, senza arretrare, senza resa, nella convinzione che se viene meno il nostro sindacato cade anche l'ultimo baluardo di resistenza contro ogni forma di sopruso e ogni violazione dei diritti.

Domenico Iscaro

Presidente Anaao Assomed

PREVIDENZA

Giorgio Cavallero

Vicesegretario nazionale Anaa-Assomed

I paradossi dell'età pensionabile

Mentre si parla di prepensionamenti molti dipendenti pubblici sono costretti per legge ad andare in pensione dopo i dipendenti privati

Il continuo parlare di prepensionamenti nel settore pubblico rinforza nell'opinione pubblica l'idea che gli "statali" vadano in pensione prima dei lavoratori dipendenti e autonomi.

Scrivo "statali" tra virgolette poiché quasi la metà dei 3.300.000 dipendenti pubblici non sono dipendenti dello Stato, ma dipendenti degli enti locali (Comuni, Province e Regioni) o di amministrazioni governate dalle Regioni (in via esclusiva per quanto riguarda il servizio sanitario nazionale o in parte per quanto riguarda il sistema scolastico). Persiste la caricatura del dipendente pubblico baby pensionato. Viene ricordato il pensionamento famigerato con 14 anni 6 mesi e 1 giorno, soppresso ormai 22 anni fa (correva l'anno 1992). In realtà quei baby pensionati, ormai almeno attempati, producono un costo di 200 milioni di euro all'anno, dato assai noto ai commentatori. Passa invece inosservato il buco di 5 miliardi annui delle gestioni di lavoratori autonomi che negli anni hanno versato contributi risibili su di una base imponibile ridotta, non di rado, dall'evasione fiscale.

È pur vero che per i militari e il comparto sicurezza l'età pensionabile è anticipata, come è stato confermato di recente.

Così come è vero che in caso di esubero nelle pubbliche amministrazioni è possibile il pensionamento con le regole pre-Fornero che comporta peraltro la cancellazione dei posti nelle dotazioni organiche. Fatte queste eccezioni la realtà è ben diversa e sorprendente. Ordinariamente le donne che lavorano nel settore privato accedono alla pensione di vecchiaia nel 2014 a 63 anni e 6 mesi, le lavoratrici autonome a 64 anni e 6 mesi, mentre le donne dipendenti della P.A. vi accedono a 66 anni e 3 mesi. Altro che prepensionamento, si tratta di un vero e proprio pensionamento posticipato. Solo nel 2018



le lavoratrici private e autonome raggiungeranno l'età pensionabile delle dipendenti della pubblica amministrazione. Tale divario venne spiegato con la necessità di adeguare l'età pensionabile delle donne con quella degli uomini su sollecito delle direttive europee. In realtà si è creata una doppia discriminazione: quella tra uomini e donne del settore privato e autonomo e quella tra le donne della P.A. e le restanti lavoratrici, con buona pace delle normative europee. Sul piano mediatico la lavoratrice del settore pubblico è vista come un'impiegata dedicata a lavoro ben tollerabile con l'età a differenza delle lavoratrici del settore privato. Con questa generalizzazione si assiste al fatto che un'infermiera o una dottoressa impegnate in pronto soccorso, rianimazione con turni usuranti notturni e festivi deve andare in pensione tre anni dopo rispetto ad un'impiegata del settore bancario o assicurativo. Non basta. Esiste l'articolo 24 comma 15 bis della "riforma Fornero" (dl 201/2011) che consente solo ai dipendenti privati la pensione a 64 anni per la classe 1952 e precedenti con 35 anni di contribuzione (20 per le donne) o quota 96 entro il 2012.

Su questa esclusione dei dipendenti della P.A. si attende il pronunciamento della Corte Costituzionale, ma farebbe bene il Governo, come dalla Cosmed più volte sollecitato, a ri-

muovere questo ostacolo che trattiene in servizio, in modo discriminatorio, soggetti che spesso avevano già programmato l'uscita dal lavoro e in particolare soggetti che avendo iniziato l'attività lavorativa non giovanissimi rischiano di trascinarsi fino a 67 anni. Anche questo non sarebbe un prepensionamento, ma solo un'equa armonizzazione dell'età pensionabile superando una discriminazione.

Del resto la riforma Fornero ha nuovamente introdotto una diversificazione tra uomini e donne per quanto riguarda la pensione anticipata raggiungibile nel 2014 con 41 anni e 6 mesi per le donne e con 42 anni e 6 mesi per gli uomini. Tale determinazione è già oggetto di procedura di infrazione da parte della comunità europea. Viene spontaneo domandarsi come intende porvi rimedio il governo: allungando di un anno il requisito per le donne o come sarebbe più ragionevole riducendo di un anno la contribuzione necessaria per gli uomini?

Del resto a regime l'anticipo di un anno ha costi molto limitati.

Immaginiamo un dirigente di 62 anni che con un salario di 80.000 euro lordi matura una pensione di 64.000 euro lordi. Se questo dirigente resta in servizio un anno in più, la sua pensione si incrementerà di circa 1300 euro lordi e il costo complessivo per lo Stato, considerando l'aspettativa di vita, aumenterà di circa 28.000 euro lordi. Certamente è cosa diversa l'esborso immediato di 64.000 euro rispetto ad un recupero nei 20 anni successivi. Tuttavia se si considera il recupero fiscale, data l'elevata tassazione, nonché il fatto che un nuovo assunto comporta un onere minore, si comprende come il costo per il rinnovamento della P.A. non è eccessivo e determina con un investimento immediato un risparmio nel tempo che va valutato. Infine il recente bando per i pensionamenti con le regole pre-Fornero per i titolari di permessi di cui alla legge 104 limitato a 2500 soggetti, ma illimitato per alcune categorie, ha creato ulteriori sperequazioni.

In sintesi prima di parlare di prepensionamenti si rimuovino da subito le penalizzazioni che ritardano l'uscita ordinaria dei dipendenti pubblici.

È una questione di credibilità e di equità. Se i prepensionamenti si possono fare, per coerenza si faccia ciò che si deve fare. Subito.

TUTELA LAVORO

Avv. Francesco Maria Mantovani
Consulente legale Anaa Assomed

Collocamento a riposo dei dirigenti medici: gli ultimi orientamenti della giurisprudenza

Una recente ordinanza del Tribunale di Roma, Sezione lavoro ha affermato alcuni interessanti principi in materia del collocamento a riposo dei dirigenti medici.

La questione verte sull'interpretazione dell'art. 24, comma 4, d.l. 06.12.2011, n. 201 secondo cui "Per i lavoratori e le lavoratrici la cui pensione è liquidata a carico dell'Assicurazione Generale Obbligatoria e delle forme esclusive e sostitutive della medesima, nonché della gestione separata di cui all'articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335 la pensione di vecchiaia si può conseguire all'età in cui operano i requisiti minimi previsti dai successivi commi. Il proseguimento dell'attività lavorativa è incentivato, fermi restando i limiti ordinamentali dei rispettivi settori di appartenenza, dall'operare dei coefficienti di trasformazione calcolati fino all'età di settant'anni (...)". In altri termini, la disposizione in esame determina i requisiti anagrafici e contributivi per l'accesso alla pensione di vecchiaia ed a quella cosiddetta "anticipata", che sostituisce la previgente pensione di vecchiaia, aggiungendo che è possibile la prosecuzione del rapporto oltre la data di maturazione dei medesimi requisiti, fermi i limiti ordinamentali.

Al riguardo, ai sensi dei commi da 6 a 10 dell'art. 24, a partire dallo 01.01.2012, per i pubblici dipendenti, i quali non hanno maturato il diritto alla pensione di vecchiaia secondo le regole vigenti anteriormente a tale data, i requisiti per l'accesso al pensionamento sono i seguenti.

Per la pensione di vecchiaia è richiesta un'anzianità contributiva minima pari a 20 anni da contributi versati o accreditati a qualsiasi titolo ed un'età anagrafica di 66 anni e 3 mesi.

In caso di richiesta della pensione anticipata, sono necessari almeno 42 anni e sei mesi di anzianità contributiva ed un'età di almeno 62 anni. Quanto al limite ordinamentale per il collocamento a riposo dei dirigenti medici, quest'ultimo aspetto è regolamentato ancora dalla legge 4 novembre 2010, n. 183 (c.d. Collegato Lavoro), la quale all'art. 22 (rubricato Età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale) ha introdotto rilevanti modifiche all'art. 15-nonies del D.lgs. n. 502 del 1992 (normativa speciale sulla dirigenza medica), concernente il limite massimo di età per il pensionamento del dirigente medico.

"Il collocamento a riposo del dirigente medico al raggiungimento del quarantesimo anno di servizio costituisce una mera facoltà e non un obbligo a carico delle Amministrazioni, le quali possono acconsentire alla prosecuzione del rapporto sino al settantesimo anno di età, vale a dire il limite massimo previsto dall'art. 22 legge 183/2010"

Nello specifico, è stato stabilito che "Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti".

Il Tribunale di Roma ha rilevato l'esigenza di armonizzare tale limite ordinamentale per il collocamento a riposo con i nuovi requisiti per il pensionamento.

Infatti, sebbene il Tribunale di Roma abbia rilevato come "la recente norma interpretativa del d.l. 101 del 31.8.2013, all'art. 2, comma 5, ha previsto (...) che per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni, il limite ordinamentale, previsto dai singoli settori di appartenenza per il collocamento a riposo d'ufficio e vigente alla data di entrata in vigore del decreto-legge stesso, non è modificato dall'elevazione dei requisiti anagrafici previsti per la pensione di vecchiaia", il medesimo Tribunale ha riconosciuto come tale limite ordinamentale sia superabile "per il trattenimento in servizio o per consentire all'interessato di conseguire la prima decorrenza utile della pensione, ove essa non sia immediata".

In altri termini, per il collocamento a riposo della dirigenza medica continuano a valere i 40 anni di servizio, ma il rapporto di lavoro deve proseguire oltre quest'ultimo limite, allorché l'interessato non abbia ancora conseguito l'età ana-

grafica minima richiesta dalla legge per maturare il diritto alla pensione di vecchiaia, attualmente 66 anni e 3 mesi fino a tutto il 2015.

Tenuto conto che, secondo la nota operativa dell'Inpdap 22.12.2010 n. 56, nella locuzione "servizio effettivo", di cui all'art. 22 legge 183/2010, rientra non solo l'attività prestata come dirigente medico a favore del Servizio sanitario nazionale, bensì anche i servizi ricongiunti ai sensi della legge n. 29 del 1979, ossia tutte le attività lavorative prestate a favore di datori di lavoro pubblici e privati, è già attualmente possibile che, in alcuni rari casi, raggiunti i 40 anni di servizio, non si sia ancora maturata l'età anagrafica richiesta per il pensionamento di vecchiaia (come nel caso su cui il Tribunale di Roma si è pronunciato, in cui il dirigente medico al raggiungimento dei 40 anni di servizio, aveva ancora compiuto 66 anni).

Tale evenienza si proporrà con maggiore frequenza in futuro in conseguenza del progressivo incremento dell'età anagrafica per la pensione di vecchiaia in proporzione all'aumento della speranza di vita, sempre secondo le previsioni dettate dall'art. 24 del d.l. 201/2011.

Ma l'ordinanza in esame fornisce un ulteriore interessante spunto, laddove consente che il limite ordinamentale di collocamento in quiescenza possa essere superato anche per il "trattenimento in servizio": il che equivale ad affermare che il collocamento a riposo del dirigente medico al raggiungimento del quarantesimo anno di servizio costituisce una mera facoltà e non un obbligo a carico delle Amministrazioni, le quali possono acconsentire alla prosecuzione del rapporto sino al settantesimo anno di età, vale a dire il limite massimo previsto dall'art. 22 legge 183/2010.

GIURISPRUDENZA

A cura di Paola Carnevale

I testi integrali delle sentenze sono pubblicati su www.anaao.it - sezione "sentenze in sanità"

Ancora sulla responsabilità medica...

Torniamo a riflettere ancora sull'articolo 3 della "legge Balduzzi", norma concepita dal legislatore per arginare la pratica della cosiddetta medicina difensiva, fonte di aumento di costi per il Servizio Sanitario nazionale a discapito di tutti gli operatori sanitari, dei pazienti e del diritto, costituzionalmente garantito, alla salute. Si ricorda, come più volte già delineato, che con l'art. 3, c. 1 il legislatore ha introdotto un'esimente costituita dai seguenti elementi: il soggetto attivo deve essere un esercente la professione sanitaria, deve commettere il reato nello svolgimento della propria attività, deve attenersi alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica. L'indeterminatezza della norma, non superabile neppure attraverso una mera attività ermeneutica, non ha affatto soddisfatto i professionisti, i pazienti ed i togati, al punto che il Tribunale di Milano, nel marzo scorso, aveva sollevato una questione di legittimità costituzionale, in quanto la previsione, contenuta nell'art. 3 della 189, secondo la quale "l'esercente la professione sanitaria che ... si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve" va a violare diversi principi di rango costituzionale: dal principio di uguaglianza, al principio di tassatività della norma penale, dal principio di ragionevolezza a quello connesso alla funzione rieducativa della pena (cfr. *Dirigenza medica* n.5/2013)

Purtroppo la Corte Costituzionale, con ordinanza n. 295/2013, non è entrata nel merito della questione di legittimità costituzionale, dichiarando la sua manifesta inammissibilità, facendo leva su un difetto del provvedimento di rimessione, vale a dire, l'insufficiente descrizione della fattispecie concreta. A giudizio della Corte, «il rimettente non specifica la natura dell'evento lesivo, le modalità con le quali esso sarebbe stato causato e il grado della colpa ascrivibile agli imputati; ma, soprattutto, non precisa se, nell'occasione, i medici si siano attenuti – o, quantomeno, se sia sorta questione in ordine al fatto che essi si siano attenuti – a "linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica" proprie del contesto di riferimento, così che possa venire effettivamente in discussione l'applicabilità della norma censurata».

Per il momento, dunque, l'art. 3 della Legge Balduzzi è salvo, ma le incertezze, che dallo stesso discendono, permangono e sono visibili anche nelle ultime pronunce giurisprudenziali.

In tema di responsabilità medica, la norma esclude la rilevanza della colpa lieve con riferimento a quelle condotte che abbiano osservato linee guida o pratiche terapeutiche mediche virtuose, purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica. È esclusa dunque la responsabilità penale del medico solo nel caso in cui questi abbia osservato effettivamente le indicazioni metodologiche elaborate dalla comunità scientifica.

Così la V sezione penale della Corte di Cassazione, nella sentenza n. 11804 di marzo, riafferma il proprio orientamento interpretativo in tema di responsabilità medica alla luce della riforma introdotta dalla legge Balduzzi. Sul banco degli imputati una ginecologa accusata di reato di procurato aborto di cui all'articolo 17 della legge 194/1978. La ginecologa, tra i motivi di ricorso, segnalava di essersi attenuta agli schemi diagnostici e terapeutici previsti "dall'arte medica", e che, se errore ci fosse stato, esso ateneva esclusivamente «all'adattamento delle direttive di massima alle evenienze del caso concreto». Pertanto la propria condotta non assumeva alcuna rilevanza penale ai sensi dell'articolo 3 della legge Balduzzi. In modo completamente diverso si pronuncia la Corte di Cassazione, ritenendo nel caso di specie, la non applicabilità della norma in esame. Infatti la Corte ha osservato che nel caso specifico non può considerarsi corretta o virtuosa una condotta che non abbia tenuto in nessun conto gli allarmanti segnali di pericolo che, anche in seguito ad accertamenti strumentali, si andavano concentrando sulla gestante, segnali che il medico aveva ignorato o comunque non aveva percepito nella loro effettiva gravità, tanto che, anche immediatamente prima del taglio cesareo, definito inutile, la ginecologa non rappresentò alla paziente l'urgenza del suo ricovero e del conseguente intervento e quest'ultima, una volta fatto ingresso nella clinica, si adattò a seguire la normale trafila burocratica, quando ormai, inconsapevolmente, portava in grembo un feto in irreversibile stato preagonico. Ancora sull'articolo 3 la IV Sezione Penale con sentenza n. 2347 del gennaio scorso condanna un chirurgo plastico per il reato di lesioni colpose gravi in quanto, a seguito di due interventi di mastoplastica additiva, per imperizia dovuta a carente tecnica chirurgica e all'utilizzo di protesi inadeguate, ha causato alla paziente un danno estetico e funzionale. La Corte ha ritenuto non applicabile al caso di specie la normativa contenuta nella "Balduzzi" invocata dalla difesa, in quanto il

medico non ha dimostrato di aver osservato linee guida o pratiche terapeutiche virtuose, accreditate dalla comunità scientifica. Al contrario, la preesistenza dell'asimmetria mammaria avrebbe dovuto indurlo ad effettuare scelte più opportune con riferimento al tipo di protesi da impiantare e alla loro dimensione; pertanto, la cospicua entità delle lesioni cagionate non può rapportarsi ad un grado di colpa talmente contenuto quale è quello previsto dalla Legge Balduzzi. È palese come nel caso di specie il sanitario sia incorso in quella colpa grave, tutt'ora rilevante nell'ambito della professione medica, e rinvenibile nell'errore inescusabile. Ancora in tema di responsabilità medica vanno menzionate altre due recenti pronunce, la prima sempre della IV Sezione penale del gennaio scorso che esclude la responsabilità penale per il medico; quest'ultimo infatti, pur davanti ai risultati delle prime analisi eseguite, consiglia al paziente di fermarsi in ospedale e di sottoporsi ad accertamenti più approfonditi esprimendo il proprio dissenso rispetto alla scelta dello stesso di andar via firmando la relativa liberatoria: il fatto, infatti, non costituisce reato atteso che in questa fattispecie gli accertamenti clinici (come da protocollo) non erano stati eseguiti a causa della decisione del paziente; pertanto nessun addebito poteva muoversi all'operato del medico, che aveva consigliato il paziente di fermarsi in ospedale, in osservazione, e che aveva apertamente dissentito da tale decisione, come visivamente attestato dalla doppia sottolineatura presente sul referto medico, ove risultava annotato il rifiuto dell'uomo, sia della terapia farmacologica sia dell'ulteriore osservazione. La seconda, della III Sezione Civile, sempre di gennaio scorso, in cui viene scagionato un medico, chiamato a risarcire il danno per la morte di un bambino in conseguenza di un errore diagnostico e terapeutico consistito nella sola somministrazione di farmaci antiemetici, senza procedere ad un esame obbiettivo del torace e dell'apparato respiratorio del piccolo paziente. La Cassazione ha confermato il ragionamento seguito dai giudici d'Appello in ordine all'assenza di responsabilità del sanitario sotto il profilo causale, attesa la natura della broncopolmonite che aveva colpito il piccolo, la cui asintomaticità fu tale da rendere insospettabile l'esistenza di un così grave quadro infiammatorio che avrebbe poi interessato il miocardio, cagionando nel giro di pochi giorni l'evento mortale così come verificatosi: malattia asintomatica, nessuna responsabilità del medico.

IL LIBRO

Rinviato a giudizio: storia di un medico

Costantino Troise
Segretario Nazionale Anaa Assomed

La vicenda vissuta da Mimmo Ronga, storico esponente napoletano della nostra Associazione, raccontata con lucidità insieme con la giornalista Angela Matassa nel libro "Rinviato a giudizio" (Pironti Editore), è emblematica da più punti di vista. Innanzitutto, per la ostilità ambientale che descrive con particolari realistici che avvolge chiunque, medici compresi, si trovi a subire pregiudizi ideologici robusti fino a determinare una condanna penale. Ma anche per le note surreali che, rendendo ragione del sottotitolo, fanno da sfondo al racconto di un calvario, una discesa agli inferi della solitudine e dell'isolamento, uno sconvolgimento della vita professionale e personale che vede protagonista un medico con una lunga esperienza di seria ed onesta attività professionale. Come in un film di Alberto Sordi, il libro descrive il vissuto quotidiano di chi si è trovato invischiato in una vicenda kafkiana che, attraverso una via crucis lunga 8 anni, lo conduce a provare un caleidoscopio di emozioni ed a conoscere un concentrato di varia umanità quale, forse,

mai gli era accaduto in decenni di carriera. Colpisce il lettore, e non poco, il clima di indifferenza, se non di ostilità, che nasce prima e soprattutto in un ambiente professionale attraversato da dinamiche, personali e di carriera, non sempre improntate ad una morale cristallina, da debolezze ed invidia, ambizioni e ricatti che fanno da cornice ad una vicenda che potremmo definire grottesca se non fosse drammatica. Fuori

e dentro le corsie ed i laboratori, fuori e dentro le aule dei tribunali, fuori e dentro le redazioni, piccole e grandi miserie smitizzano da una parte il luogo comune della corporazione medica dominata da solidarietà o complicità tra i suoi membri, dalla altra quello di una società civile votata sempre e comunque alla affermazione della verità ed alla difesa della onestà dei comportamenti. Il pregio maggiore del racconto è, forse, però, nella descrizione di una coraggiosa battaglia di civiltà animata da una salda forza morale e da una fede incrollabile nei propri principi e nella propria innocenza, capace di rompere il muro, di scavare la pietra ed esitare in un lieto fine. Una lezione per tutti. Il libro è cronaca ma soprattutto denuncia di una macchina giudiziaria che appare arrogante quanto ignorante, lenta quanto superficiale, e di un clima, anche mediatico, dominato dalla ricerca di una sintonia con gli umori delle masse. C'è voluta la voglia di lottare, appresa ed affinata, forse, nella

lunga militanza sindacale, per sfuggire al ruolo di vittima designata, fare riconoscere la verità e cambiare le leggi. Un caso di malasania all'incontrario, con un medico nel ruolo non di seconda, ma di prima

vittima, candidato al ruolo di capro espiatorio di ignoranza, pregiudizi, invidie. Un caso di malasania risoltosi solo grazie alla ostinazione ed alla passione civile di un medico onesto, mai vinto o rassegnato a soccombere. Una vicenda che, in epoche di passioni tristi ed identità incerte, dovrebbe insegnare ai Medici innanzitutto di che pasta deve essere fatto il mestiere che hanno scelto.

Un caso di malasania all'incontrario, con un medico nel ruolo non di seconda, ma di prima vittima, candidato al ruolo di capro espiatorio

Angela Matassa
Mimmo Ronga

"Rinviato a giudizio
Il calvario di un medico"

Pagg. 105
Tullio Pironti Editore



dm
dirigenzamedica

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
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini

Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Carlo Palermo

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
0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di
Milano n.182/2002 del 25.3.2002.
Sped. in abb. postale - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.
46) art. 1, comma 1, dcb Roma

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

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di aprile 2014