



**FORMAZIONE
LAVORO
SALUTE**

**“ AVERE RAGIONE
NON CI BASTA
E' TEMPO DI
RISPOSTE! ”**



● LO STATO DELL'ARTE, A 5 ANNI DAL DOCUMENTO "IL NUMERO CHIUSO NON E' SALUTARE!"

Con questo documento proviamo, a cinque anni dal nostro primo testo, che ci per-mise di iniziare il lavoro nazionale di Link Area Medica, a ripercorrere le principali criticità incontrate in questi primi anni di lavoro, ma soprattutto a capire come effettivamente la gran parte dei problemi di cui oggi si discute non sono altro che logiche conseguenze di una situazione che già denunciavamo nel nostro primo documento.

Sicuramente a ciò ha concorso, in misura determinante, il perdurare di una crisi economica che nel 2013, quando scrivevamo le nostre prime riflessioni, sembrava stesse per finire, ma che invece ha continuato a produrre frutti velenosi, nelle politiche di austerità adottate al livello europeo e nazionale, e che hanno avuto fortissime conseguenze sul nostro modello di welfare, in particolare per quanto riguarda scuola e sanità. Se infatti la crisi ha rappresentato, come da più parti è stato denunciato, un enorme trasferimento di ricchezze verso l'alto, con un inasprirsi delle disuguaglianze sociali e della polarizzazione della ricchezza, "quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi".

Il tesoro rappresentato dalla somma di spesa pubblica e privata nell'ambito della salute, ad oggi si aggira più o meno sui 140 miliardi di euro, con circa 110 miliardi di spesa pubblica, e 35 miliardi di spesa totalmente privata, per la gran parte assolutamente out-of-pocket, diretta. Il trend però vede una costante riduzione di risorse da parte del pubblico, con un Fondo Sanitario Nazionale costantemente ridotto, ed una spesa privata in preoccupante aumento. In particolare la spesa privata, inoltre, come denunciato da un gran numero di rapporti, è in aumento (tra il 2005 e 2015, la spesa sanitaria privata è aumentata di 10 miliardi, passando da 25 a 34,5 miliardi), andando spesso a vicariare una spesa pubblica inadeguata, con dinamiche abbastanza preoccupanti di indirizzo verso assicurazioni del tutto private, pronte ad intermediare per intero questa cifra: ad oggi circa il 13% dell'out of pocket è già intermediato da assicurazioni o fondi. L'opting-out, la possibilità cioè per strati di popolazione (che ovviamente possono permetterselo), di sganciarsi dal meccanismo solidaristico della tassazione progressiva, non è più una minaccia, come emergeva già da articoli pubblicati negli anni scorsi, ma una proposta sempre più visibile all'orizzonte, che si nutre di passaggi intermedi come ad esempio la flat tax. Complessivamente, comunque, la spesa sanitaria pro capite resta abbastanza contenuta: nel 2016, in Italia la spesa sanitaria pro



capite è di 2.470 euro, contro una media Ocse di 2.821, con evidenti ripercussioni sull'accessibilità al Servizio.

Il clima di generale sfiducia nel pubblico, generato dalle liste di attesa, dai ticket e dai casi, prontamente amplificati e strumentalizzati, di vera o presunta malasanità, unito ad un clima di diffusa diffidenza nei confronti delle istituzioni, sta portando al crollo di un servizio, nato proprio sulla cresta delle lotte operaie e studentesche degli anni '70.

Questo il quadro preoccupante nel quale oggi ci muoviamo, e che proviamo ad analizzare a partire da quello che abbiamo più vicino, cioè la filiera formativa, con i suoi due estremi, il test di ingresso e l'accesso al mondo del lavoro.

● LA “FILIERA”, IL DOPPIO IMBUTO, COSA SONO OGGI?

a) IL TEST DI MEDICINA

Con la L.264/99 (c.d. Legge Zecchino) in Italia veniva inserito il numero chiuso per tutti i corsi di laurea afferenti all'ambito medico-sanitario, recependo le indicazioni europee sulla libera circolazione delle professioni. Esiste infatti una direttiva, la 93/16/CEE, che impone l'armonizzazione dei sistemi formativi come requisito per il riconoscimento in tutti i Paesi membri del titolo di studio per le professioni mediche e che lega il numero degli studenti, da una parte, alla disponibilità delle strutture (numero di posti letto presenti nei policlinici universitari) dall'altra, al fabbisogno calcolato da ogni Stato per le esigenze del proprio sistema sanitario.

Ad oggi, stando a questi dati, è evidente che i calcoli non siano stati basati sui reali bisogni di salute della popolazione e sul fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale. La carenza di personale in ambito medico e sanitario non è solo un problema del nostro Paese, ma ormai di tutta l'Europa continentale e insulare.

La situazione italiana, ad oggi, è questa: ogni anno sono circa 100.000 gli studenti e le studentesse che provano ad accedere ai Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia in tutto il territorio nazionale. Nell'ultimo anno (2017/2018) i posti disponibili sono arrivati a 9100, confermando il trend in diminuzione di circa cento unità degli ultimi anni accademici. Questo significa che, in media, solo 1 studente su 8 aspiranti potrà effettivamente iscriversi alla facoltà di medicina e chirurgia.



AVERE RAGIONE NON CI BASTA, E' TEMPO DI RISPOSTE!

Una progressiva riduzione dei posti che va a mettere ulteriormente in crisi le possibilità di accesso alle facoltà di medicina, andando a ledere il diritto allo studio di migliaia di neo-diplomati e le loro scelte di indirizzo rispetto al percorso universitario.

In questo momento dunque, gli studenti e le studentesse, usciti dall'ultimo anno di scuola superiore, non possono scegliere il proprio percorso di studio, trovandosi di fronte ad una selezione iniqua, con un test che difficilmente, basandosi su una serie di domande a risposta multipla sugli argomenti più disparati, riesce davvero a valutare a tutto tondo la preparazione e le attitudini degli studenti che lo sostengono, ma teso esclusivamente a selezionare e ridurre in numero i futuri studenti universitari, numero appunto basato sulle carenze strutturali degli atenei più che su una reale programmazione.

Il numero chiuso a Medicina e Chirurgia, oggi, non è esclusivamente lesivo nei confronti delle libere scelte degli studenti e delle studentesse rispetto al proprio percorso formativo, ma risulta totalmente incongruente rispetto a quelle che sono le esigenze del nostro SSN.

Per parlare di queste ultime, è necessario fare prima alcune considerazioni fondamentali: in primis che non tutti coloro che superano il test d'ingresso poi portano a termine gli studi (nelle Facoltà di Medicina gli abbandoni, seppur più bassi della media, si aggirano comunque attorno al 6-7%); in secondo luogo, il fatto che gli studi in Medicina richiedono tempi molto lunghi, e che quindi risulta molto complesso riuscire a calcolare le esigenze della sanità nei prossimi 10-15 anni. Infine il fatto che la questione delle strutture in cui si studia e in cui ci si prepara ad intraprendere la professione medica è centrale: se si vuole formare un numero più alto di studenti, bisogna investire risorse, sia materiali che umane, per non andare incontro ad un peggioramento della qualità della didattica.

È necessario dunque riflettere su come oggi vengono calcolate le esigenze del SSN. Se infatti le esigenze sono calcolate in base alle strutture sanitarie esistenti ed al numero di medici attualmente in servizio, è evidente che il numero di posti nella facoltà di Medicina e Chirurgia, a livello nazionale, con l'attuale processo di smantellamento del SSN in atto, può essere tranquillamente ridotto. Se si invece il ragionamento partisse dalla necessità di garantire il diritto alla salute a tutti e tutte e dalla riduzione di personale medico che si prospetta nei prossimi anni, avremmo dei risultati completamente differenti. È impellente quindi una modifica di prospettiva, il calcolo del fabbisogno futuro deve partire non dalle attuali risorse ma da quella che



sarà la necessità di personale sanitario per rispondere ai bisogni di salute di una popolazione che sta inesorabilmente invecchiando e che, a causa delle attuali difficoltà di accesso, sta lentamente rinunciando al proprio diritto alle cure.

b) L'ABILITAZIONE, L'ACCESSO ALLA PROFESSIONE

L'abilitazione medica è da tempo materia di discussione sia tra gli studenti sia all'interno della Conferenza Permanente dei Presidi dei CLM in Medicina e Chirurgia.

Allo stato attuale, stante il nuovo Regolamento del MIUR sul conseguimento del tirocinio abilitante, il conseguimento della laurea in Medicina e Chirurgia non implica l'abilitazione alla professione, che necessita di un ulteriore tirocinio trimestrale e di un esame, che si svolge su scala nazionale due volte l'anno.

Questo ha causato, fino a questo momento, un notevole ritardo temporale tra la laurea e la possibile abilitazione, con l'attesa anche di un anno tra laurea, abilitazione e possibile ingresso in specializzazione o in formazione di MMG, abbandonando i laureati in medicina in un periodo di inattività, che ritarda il loro ingresso nel mondo del lavoro anche di diversi mesi.

La qualità della formazione ricevuta e l'adeguatezza del medico all'esercizio della professione, a nostro parere, dovrebbero essere garantite dal superamento delle prove presenti nel percorso di formazione intrapreso, così da evitare mesi di inattività ed ingenti spese per lo studente.

La proposta di Laurea Abilitante di Link Area Medica e Chi Si Cura di Te?, elaborata negli scorsi anni, andava a toccare diverse questioni:

- La possibilità di andare ad anticipare i 3 mesi di tirocinio, periodo essenziale ma principale responsabile del ritardo temporale, svincolandolo da una calendarizzazione decisa per Decreto Ministeriale, ma prevedendo la possibilità che lo studente, dopo il 5° anno di corso, possa liberamente decidere di svolgere il trimestre di tirocinio in qualsiasi momento del proprio corso di laurea. Affinché tale facilitazione risulti effettivamente un risparmio temporale per lo studente non deve essere necessario fare tutti i 3 mesi di seguito, ma permettere di separare i 3 mesi in 3 sessioni di 1 mese: 1 mese in una corsia chirurgica, 1 mese in una corsia internistica e 1 mese dal Medico di medicina generale.



- Il sistema di valutazione del tirocinio dovrebbe rimanere quello fino ad ora utilizzato, ovvero un libretto di tirocinio in cui sono elencate skills specifiche sulle quali il tutor valuta lo studente.
- La necessità di un rimodellamento dei corsi di laurea in Medicina che veda l'istituzione di un piano di studi uniforme su tutto il territorio nazionale ed al cui interno siano contenuti tutti gli elementi necessari alla formazione completa del giovane medico.

L'anticipo del tirocinio abilitante approvato dal MIUR nelle ultime settimane, per quanto sia un primo passo in direzione della nostra proposta, ci lascia molto perplessi rispetto alla sua estrema incompletezza e soprattutto rispetto alla sua attuazione in un sistema formativo medico che non è, ad oggi, in grado di assorbire un simile cambiamento. Nella nostra proposta infatti, l'elemento della riforma e della necessità di uniformare i corsi di studio e le problematiche riguardanti tutta la filiera formativa erano centrali per un'applicazione positiva di un tirocinio abilitante anticipato all'interno del corso di laurea.

Molte sono le incertezze e le criticità rispetto al Decreto Ministeriale. La prima questione riguarda infatti l'inadeguatezza di molti Corsi di Laurea sul territorio nazionale al paradigma che il Decreto vorrebbe fosse applicato entro due anni. Tanti sono i dubbi anche rispetto all'incompatibilità con i tirocini che già esistono all'interno del corso di studi di medicina, al possibile ritardo che questo potrebbe produrre nei tempi di laurea, con conseguenti problemi sulle tasse e sulle borse di studio per studenti e studentesse.

c) IL SECONDO "IMBUTO", L'ACCESSO ALLA FORMAZIONE SPECIALISTICA

Ogni anno sono circa 10000 laureati in Medicina e Chirurgia dalle Università; di questi circa 7500 medici entrano in un percorso di formazione Post Laurea (Corso di Formazione Specifica in MMG, Scuole di Specializzazione), quindi circa 2500 giovani professionisti ogni anno non trovano una collocazione nei percorsi formativi post-laurea.

La discrepanza tra giovani laureati in Medicina e possibilità di accesso ai percorsi di formazione post laurea è incrementata in maniera esponenziale negli ultimi anni e dal momento in cui le borse di formazione post laurea sono risultate essere meno rispetto al numero dei laureati il rapporto numerico tra le due parti non può che inesorabilmente peggiorare. Si è arrivati con gli scorsi concorsi SSM e di medicina generale, ad una copertura di poco più del 50% dei candidati ai suddetti concorsi.



Sorge quindi spontanea la domanda: dove vanno a finire questi medici? La risposta, ormai nota a chi è del settore, è il trasferimento all'estero (che negli ultimi anni ha registrato aumenti in percentuali a tre cifre), oppure la strada della libera professione.

d) IL TERZO "IMBUTO", L'ACCESSO ALLA PROFESSIONE

Per chi è escluso dal percorso formativo specialistico si apre la libera professione, un grandissimo calderone di servizi erogati nella maggior parte in favore di enti privati per corsi di primo soccorso, piuttosto che turni di guardia in strutture private o presso il settore pubblico, dove vanno a colmare carenze strutturali, di fatto il tutto all'insegna del precariato e dello sfruttamento.

Anche il neospecialista è un precario, spesso in regime di libera professione presso enti privati o anche presso il pubblico con contratti atipici a causa del blocco del turn-over.

Dopo la formazione specifica in medicina generale, la situazione non è migliore. A fronte dell'aumento di borse formative per il corso, pende sulla testa dei neodiplomati la spada di damocle fatta dei tentativi di colmare le carenze territoriali con l'equipollenza dei titoli specialistici alla medicina di famiglia, riciclando, di fatto, gli specialisti ospedalieri come medici convenzionati sul territorio, svilendo completamente l'autonomia intellettuale e specifica della formazione in Medicina Generale, ormai riconosciuta a livello internazionale e rendendo così di fatto, un servizio peggiore. L'alzata di scudi di molte associazioni è riuscita a fermare la postilla sul maxiemendamento dello scorso Dicembre, ma quanto ancora si riuscirà ad impedire questa nuova pezza del SSN a fronte di una percentuale superiore al 20% di popolazione che rinuncia alle cure e di un numero sempre più scarso di medici generici?

Ecco cosa diventano i medici formati in ragione di un fabbisogno del SSN che in esso non possono prestare la propria opera: una riserva che tanto fa gola a chi impiega questi giovani professionisti.

Le possibilità lavorative di questi giovani professionisti negli ultimi 5 anni hanno continuato ad espandersi progressivamente, complice la crescente carenza di personale causata, in primis, dai massicci pensionamenti. Questa espansione progressiva del mercato lavorativo ha via via portato, pertanto, i giovani professionisti non specializzati verso ruoli che fino a poco tempo fa erano di pertinenza esclusiva degli specialisti.



Questo, per adesso, avviene quasi unicamente nel privato (vedasi i giovani camici grigi assunti presso le gare sportive o come direttori sanitari nelle strutture private), ma si iniziano a vedere le prime offerte lavorative nei settori pubblici, in particolare presso i Pronto Soccorso, ma non sono gli unici settori pubblici in cui nei mesi scorsi hanno fatto scalpore le ricerche di medici non specialisti come partite iva e con uno stipendio ridotto.

Se la tendenza, causata dalla erronea programmazione formative, non verrà invertita, i medici in attesa di specializzazione rivestiranno un ruolo sempre più ampio di manodopera a basso costo e scarsa formazione nel SSN con conseguenze immediate sulla salute della popolazione.

e) IL DOPPIO CANALE, DALLA PROPOSTA DEL PATTO PER LA SALUTE ALL'ACCORDO TRA GOVERNO ED EMILIA, VENETO, LOMBARDIA: LO SPECIALIZZANDO-LAVORATORE

La problematica della scarsità di professionisti formati sta oramai avendo un impatto diretto sui servizi. Costantemente, infatti, il MIUR disattende le richieste delle Regioni, con uno scarto, per quanto riguarda le specializzazioni mediche, di circa un migliaio di posti tra quelli richiesti in sede di Conferenza Stato-Regioni e quelli effettivamente finanziati. Le Regioni quindi stanno provando a forzare la mano rispetto all'inserimento professionale, in particolare per quanto riguarda i medici.

In tal senso già con il patto della salute 2014-2016 si era provato ad inserire in maniera strutturata la figura del medico non specialista tra i ranghi del SSN, una figura assunta a spese del Sistema Sanitario Regionale con compiti e responsabilità limitate rispetto ai colleghi specialisti. Di fatto, dei tappabuchi, attirati con la promessa di un titolo al termine del contratto. Il rischio dello scadimento del servizio sanitario reso fu uno dei principali motivi di esclusione della proposta 5 anni fa.

Oggi, a qualche anno di distanza, numerosi pensionamenti dopo, e di fronte ad una sempre maggiore schiera di medici rimasti fuori dalla formazione specialistica, la proposta è stata tirata nuovamente fuori dal cilindro delle regioni.

Nel febbraio scorso, durante le trattative riguardo l'indipendenza amministrativa, le regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna hanno chiesto e, soprattutto, ottenuto la possibilità di creare una figura denominata Specializzando-Lavoratore, questa figura, però, non è riferita ad una maggior apertura al territorio e agli ospedali non universitari della formazione specialistica, la quale sarebbe ben



accetta, ma ad un medico non specialista inserito con un contratto a tempo determinato all'interno del SSR, esattamente come previsto dal doppio canale formativo pensato nel 2014.

Le prospettive formative per questi soggetti sono, ugualmente al 2014 se non di più, incerte, l'unica cosa sicura è non sarebbero accreditabili presso il MIUR sia in ragione del tipo di mansioni che sarebbero svolte da tali medici (di fatto assunti per sopperire ad una carenza strutturale e quindi molto probabilmente non inseriti in un contesto di affiancamento al personale medico specialista), sia in ragione del non accreditamento del percorso svolto. Rammentiamo che il mancato accreditamento presso il MIUR equivale ad una invalidità del titolo ottenuto.

Qualora questo tipo di percorsi dovesse essere realmente attivato, si otterrebbe lo sfruttamento di un'intera generazione di giovani medici, formati con uno scopo, ma impiegati per un altro. Se da un lato comprendiamo la necessità dei SSR di assumere personale, questa non può essere la strada. Non è da escludersi, inoltre, che il turn over già oggi bloccato andrebbe verosimilmente ad arenarsi ulteriormente, e gli specialisti formati si vedrebbero passare avanti da manovalanza a minor costo. Ribadiamo con forza che solo dopo aver completato un'adeguata formazione i giovani medici devono poter essere assunti nelle strutture, questo in tutela sia dei pazienti che del medico stesso. La soluzione alle attuali carenze non può e non deve essere abbassare l'asta della qualità del servizio. È necessario, invece, investire in una formazione adeguata dei giovani laureati presenti sul territorio nazionale prima che decidano di spostarsi altrove per completare la propria formazione e, verosimilmente, là restare.

● L'IMPATTO SUL SSN, LA DIFESA DEL PUBBLICO DAI CORPORATIVISMI

Il servizio sanitario è forse l'organizzazione più complessa della quale un paese può dotarsi. E' costituito da estese ramificazioni territoriali, centri di governo centrali e periferici, decine di migliaia di professionisti, dalle dirigenze a coloro i quali erogano direttamente il servizio, come gli operatori socio-sanitari gli infermieri, i medici, fino ad arrivare a tutto il comparto logistico/amministrativo, che di fatto garantisce non solo le forniture alle strutture, ma anche la manutenzione, la pulizia, il funzionamento delle apparecchiature medicali e diagnostiche.



Tutte le parti devono poter operare con professionalità e nelle migliori condizioni possibili, ciascuna con un ruolo ben preciso e un obiettivo comune: garantire il massimo livello di salute alla popolazione, attraverso prevenzione, diagnosi e cura.

Da questa semplice descrizione risulta evidente come, inoltre, il servizio sia solo l'ultimo passo di un sistema molto più complesso, che interroga non solo i SSR in senso stretto, ma anche le Università, attori della formazione di tutto questo personale, le politiche lavorative, che devono garantire stabilità e progettualità a questo personale tutto, le politiche previdenziali e di welfare in senso lato, che devono garantire accessibilità al servizio da un lato, ma anche coperture per il personale, ad esempio per quanto riguarda la gravidanza, gli infortuni (più frequenti di quanto si pensi), un equo reddito.

E' chiaro, quindi, quanto risultino dannose per il sistema, ed il servizio che eroga, il posizionamento egoistico di una parte rispetto alle altre, la chiusura corporativa, la rivendicazione parziale in contrasto o peggio, in opposizione, agli altri soggetti lavorativi.

● **PRECARIATO COME CONDIZIONE STRUTTURALE**

Come si sta osservando in molti se non tutti gli ambiti lavorativi anche nell'ambito della salute sta prendendo piede la politica del precariato a danno dei professionisti che lavorano all'interno, ma, soprattutto, al danno del cittadino. Da quello che abbiamo potuto osservare, dai primi risultati del questionario sulla precarietà che abbiamo lanciato a partire da Dicembre 2017, la stragrande maggioranza dei rispondenti (tantissimi Camici Grigi, neoabilitati lavoratori, in quel limbo appunto tra abilitazione e concorsi) dichiara di lavorare con Partita IVA, in condizioni estremamente precarie (senza garanzie ad esempio rispetto a malattia e genitorialità, dovendo provvedere autonomamente ad assicurazione e senza mai aver avuto informazioni circa la sicurezza sul proprio luogo di lavoro), ben oltre le 40 ore settimanali, trovandosi spesso ad accettare lavori dequalificati rispetto alla propria formazione.



Chiaramente questi risultati riguardano un numero limitato di giovani professionisti, ma risultano al contempo rappresentativi di una tendenza che si rafforza, e che sta portando alla precarizzazione di settori crescenti dell'assistenza, non solo nel privato, ma anche e soprattutto nel pubblico, dal territorio agli ospedali.

Il blocco del turn-over, indicato già cinque anni fa nel nostro documento come un fattore determinante nel depotenziare il pubblico a favore del privato, ha ormai creato dei vuoti enormi all'interno dei servizi, ad ogni livello, generando nella popolazione una sfiducia crescente a causa di liste di attesa che oramai, secondo i più recenti studi, stanno creando un abisso di intere settimane tra pubblico ed intra moenia/privato. A questo si aggiunge una scellerata politica di ticket, con una media tra le regioni italiane di quasi 50 euro.

● **UNA STRISCIANTE PRIVATIZZAZIONE**

Il chiaro disegno di depotenziamento del pubblico, attraverso precarietà, liste di attesa e ticket, sta generando un reindirizzamento della domanda verso il privato, che riesce a rispondere adeguatamente anche grazie ad un rafforzamento dell'attività di lobbying da parte di Assicurazioni private, cooperative, Casse Mutue, che stanno aggredendo quel quasi 30% di spesa privata annuale in sanità (circa 35 miliardi, al 2017), un capitale troppo ghiotto per essere lasciato frammentato, e che sta richiamando una crescente attenzione.

In tutto questo piano la grande assente è ancora una volta la salute della popolazione, non più un diritto, ma merce sul mercato, con il pubblico che risponde solo cercando di erogare il servizio in modo accettabile con il minor impegno di risorse possibile. Il tutto davanti ad un privato che troppo spesso ha regole, standard e controlli di qualità inferiori e quindi anche costi minori, che sta diventando sempre più competitivo in termini di prezzo finale offerto al cittadino. A questo punto il passo è breve per arrivare a dire che il sistema pubblico ormai è inadeguato, e che ogni cittadino dovrà provvedere per sé stesso alle cure di cui ha bisogno (cosa già in parte vera considerato il contributo in ticket del cittadino sulla spesa sanitaria).



● CONCLUSIONI, LE PROSPETTIVE DI LAVORO, POLITICIZZAZIONE E SINDACALIZZAZIONE DEL SOGGETTO GENERAZIONALE.

Il ragionamento avviato oramai cinque anni fa resta quindi in piedi, e molte delle cose che denunciavamo allora si sono ovviamente avverate. Si sta avverando oggi quello che si era paventato, non a causa della crisi o del debito pubblico (utilizzate più come scuse strumentali per giustificare tagli indiscriminati), ma a causa di una volontà politica diretta che non crede più alla salute come un diritto, che vede la salute come una merce con una domanda che può solo aumentare anziché diminuire, con margini di profitto non indifferenti. Sta a noi professionisti e futuri tali, insieme alla popolazione tutta, interrogarci su quale modello di salute vogliamo, in quale modello di servizio ci rispecchiamo e quali riteniamo siano le condizioni di lavoro che ci meritiamo come lavoratori, ma anche come cittadini e familiari di fruitori del servizio. Noi, come Coordinamento Chi Si Cura di Te? non siamo pronti a scendere a compromessi sulla salute e, se di volontà politica si tratta, la nostra è quella di lottare affinché tale disegno non venga portato a compimento.

Le prospettive di lavoro sono molteplici e partono dai territori, dalle scelte delle singole strutture dove tutti operiamo, fino ad arrivare alle Regioni e ai piani politici nazionali. Per portare a termine tutto questo, però, serve una classe medica coesa ed un lavoro armonico e unitario con tutti i professionisti della salute che si basi su questi principi, scevra dalle barricate sulle rispettive posizioni inerenti al lavoro che si svolge o che si andrà a svolgere. La generazione di chi ha appena terminato gli studi, fino a coloro che stanno ripetendo i concorsi, stanchi, dopo anni di libera professione, o a chi una volta specializzato si troverà nell'ignoto più assoluto, questa è la generazione che sarà travolta da questo fenomeno e a cui rivolgiamo le nostre attenzioni perchè nel sistema che stanno delineando avremo da esaurire i nostri anni di professione e tutti noi vogliamo rendere un servizio di qualità e in serenità.

