

Intervista a Enrico Reginato, Presidente Fems

Obiettivo: migliorare di lavoro dei medici

Promuovere, nei confronti della Ue, la determinazione di standard minimi europei strutturali e organizzativi, per combattere carichi di lavoro eccessivi determinati da carenze di organico e dalla mancata adozione di standard organizzativi. Ma anche contrastare i tagli alle risorse destinate alla salute. Sono queste alcune delle sfide che attendono i medici europei illustrate da Enrico Reginato, presidente della Federazione europea dei medici dipendenti.

Dottor Reginato, lei è Presidente della Fems da ottobre 2012. Qual è il bilancio di questi primi mesi di attività?

Come Presidente Fems ho partecipato a numerosi incontri con i rappresentanti delle altre associazioni mediche europee (Emo) perché vi sono molti aspetti della situazione sanitaria europea che sono di interesse comune. Aspetti che riguardano la demografia medica, i tentativi di modificare la direttiva europea sul tempo massimo di lavoro, il progetto della Commissione Europea di intervenire sulla standardizzazione delle cure mediche, gravi aspetti relativi alle condizioni di lavoro in alcuni Paesi europei con minacce di pesanti sanzioni ai medici che protestano.

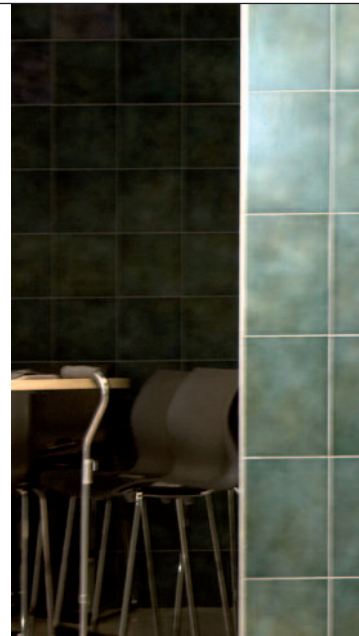
Quali sono i temi in agenda a breve termine e quali gli obiettivi del suo mandato?

La Fems è una federazione di sindacati medici, pertanto la mia idea, ma è un'idea condivisa, è che la nostra federazione debba agire come un sindacato medico europeo unitario. È necessario che le condizioni di lavoro dei medici in Europa vadano sempre più verso una forma di omogeneizzazione verso l'alto, utilizzando i migliori esempi nazionali (stipendi, organizzazione, formazione, sviluppo professionale, diritti del lavoro, lavoro femminile) per farli adottare anche dove le condizioni sono di livello inferiore. La normativa europea non consente di intervenire nell'organizzazione sanitaria dei singoli Paesi membri, pertanto in ogni Paese spetta ai sindacati nazionali il compito di battersi per ottenere i miglioramenti delle loro condizioni. Ma questo può av-

venire solo se esiste la conoscenza, nei rappresentanti dei singoli Paesi, di quello che avviene negli altri Paesi. Per poter fare questo, è indispensabile che in ambito Fems emergano gli aspetti principali delle condizioni di lavoro, e questo può avvenire attraverso la creazione di gruppi di studio e la raccolta di informazioni sui singoli aspetti. Nell'Assemblea Generale di Budapest abbiamo in programma, appunto, di istituire una serie di gruppi di lavoro, che intendo seguire come coordinatore, finalizzati a questo obiettivo. È sicuramente un lavoro lungo ed impegnativo, ma conto sulla disponibilità dei colleghi della Fems e vedrò di utilizzare anche lavori svolti da parte di altre Emo, in particolare l'Ejd, ma non solo loro. Un altro aspetto di un sicuro interesse (ma l'idea iniziale è venuta da una conversazione con il Presidente dell'Anaa Assomed) è quello relativo a promuovere, nei confronti della Ue, la determinazione di standard minimi europei strutturali e soprattutto organizzativi, dato che in molti Paesi le condizioni di lavoro sono molto pesanti, per carichi di lavoro eccessivi dovuti a carenze di organico permanenti, per la mancata adozione di standard organizzativi. Una norma sovranazionale potrebbe essere di notevole utilità.

Quali sono i grandi temi delle politiche europee riguardanti la professione medica?

C'è un problema molto serio: nel 2020 è previsto un fabbisogno di medici e di personale sanitario superiore del 13% alle reali disponibilità. Attualmente il personale che lavora in campo sanitario in Europa è pari a circa 21 mi-



Enrico Reginato,
Presidente Fems

re le condizioni ci europei



lioni di addetti, la previsione della Commissione Europea è che vi sarà un cambiamento del modello assistenziale, con aumento dell'assistenza domiciliare, un rimodellamento delle attività, legate ad un aumento della femminilizzazione del sistema, quindi con crescita dei rapporti di lavoro part-time, riduzione di specialisti di determinate specialità, riduzione dei medici di famiglia, specialmente nelle aree extraurbane. Ma soprattutto il problema è rappresentato dalle tendenze della demografia medica, in netto calo.

Dato che nell'Unione Europea c'è la libera circolazione, in particolare del personale addetto ai servizi sanitari, da un lato ci si deve attendere che, in assenza di miglioramento delle condizioni di lavoro in alcuni Paesi, un numero significativo di medici, ma non solo medici, migri verso Paesi che presentano migliori condizioni. Dall'altro lato ci si deve attendere che le Nazioni con buone condizioni di lavoro facciano ponti d'oro ai medici e al personale sanitario per attirarli a coprire le carenze di organico. La Fems ha già ricevuto alcune se-

gnalazioni da parte di agenzie internazionali che ricercano medici francofoni per contratti di lavoro in Paesi europei. È già una realtà che medici polacchi che abitano vicino al confine, svolgano la loro attività in ospedali della Germania, tornando a casa propria dopo il servizio. Lo stesso avviene con i medici della Slovacchia che lavorano in Austria (Bratislava è a ridosso del confine austriaco ed è a 45 minuti di strada da Vienna). La situazione politica in Ungheria sta deteriorandosi, con aspetti di tipo nazionalista, con limiti alla libertà di espressione e soprattutto con stipendi dei medici decisamente bassi. Lo studio fatto dalla Fems due anni orsono mostra che lo stipendio massimo di un medico ospedaliero è inferiore al salario nazionale medio dei lavoratori ungheresi. Negli ultimi tempi si stima che circa 300mila ungheresi abbiano lasciato il Paese in cerca di migliori condizioni di vita, si tratta di cittadini di buon livello culturale e professionale. Non so quanti siano i medici, ma sicuramente la migrazione coinvolge anche loro.

In queste condizioni di carenza di personale

medico e sanitario negli anni a venire, se non si incentivano le persone a restare nel loro Paese, ci si devono aspettare fenomeni negativi. Ovviamente anche i pazienti, in carenza di servizi adeguati, praticheranno la medicina transfrontaliera.

In una recente riunione promossa dalla CE-OM sul problema della demografia medica, ho proposto di iniziare una ricerca presso gli ordini nazionali sulla presenza nel Paese di medici stranieri comunitari per contratti di lavoro permanenti o temporanei. Incrociandoli con il numero di medici iscritti agli ordini nazionali, è possibile, come primo dato, conoscere già ora qual è il grado di migrazione intraeuropeo. Attendo che mi forniscano i dati. Al solito l'Italia nasconde la testa nella sabbia. Il lavoro che ho fatto con Carlo Palermo qualche anno fa (Dirigenza Medica n. 8-9/2011) mostra la tendenza negativa della demografia medica nel nostro Paese. Ma gli studenti delle scuole superiori, in controtendenza al resto dell'Europa, continuano a partecipare in gran numero agli esami di ammissione alla Facoltà di Medicina e la percentuale degli ammessi è molto bassa: un significativo aumento del numero degli ammessi avrebbe il duplice risultato di consentire ad un giovane di coronare la propria aspirazione a fare il medico, e di contribuire a ridurre il problema della prevista carenza di medici in Europa nel prossimo futuro.

Quali sono le urgenze nelle politiche per la salute dei Paesi europei?

Nonostante le raccomandazioni dell'Unione Europea di non tagliare le risorse destinate alla salute, laddove, in tempo di crisi è massimo l'interesse ad avere una popolazione sana che contribuisca all'aumento della produttività lavorativa, anche in considerazione che, con i tagli al sistema previdenziale, il personale va in pensione in età più avanzata, quindi statisticamente più bisognosi di cure, si assiste in molti Paesi, ad un taglio indiscriminato di risorse, che riducono i servizi e gli stipendi del personale.

Questo problema è stato sollevato anche in un recente convegno dell'Oms Europa, con grande preoccupazione per la salute dei cittadini europei, soprattutto nel campo della salute mentale e delle malattie infettive.

Particolarmente interessate è la Domus Medica Europea. In cosa consiste?

Una delle Emo, la Uems che per la propria attività si trovava ad essere fornita di cospicue risorse economiche, ha deciso di acquistare un edificio a Bruxelles, dove ospitare anche gli uffici di segreteria delle altre Emo. La sede quindi potrà ospitare anche i convegni delle singole Emo e fornire un'attività di lobby nei confronti delle istituzioni europee. Già ora ci sono molti contatti fra le diverse Emo, che tuttavia si manifestano in occasione degli incontri nelle rispettive riunioni ed assemblee, dove i rappresentanti delle altre Emo (i presidenti o rappresentanti da loro delegati) vengono invitati a partecipare, o con incontri finalizzati a determinati argomenti (esistono incontri cadenzati dei presidenti delle Emo) ma la Domus Medica rappresenta un'evoluzione positiva di questo lavoro integrato. I tempi si al-

FEMS: ORGANIZZAZIONE E OBIETTIVI

lungano per aspetti strettamente edilizi: l'edificio deve essere ristrutturato e sono in corso contatti fra Uems ed il comune di Bruxelles per definire alcuni aspetti contrastanti.

Qual è lo stato dell'arte sulla direttiva europea sull'orario di lavoro (Ewtd)?

Il progetto di revisione della direttiva europea sull'orario di lavoro viene da lontano.

Il Parlamento europeo ha resistito fino ad ora alla pressione di alcuni Stati membri e, soprattutto, dei rappresentanti dei datori di lavoro, in ogni caso sono stati fatti diversi tentativi per apportare cambiamenti alla normativa. Gli argomenti sono noti: opt-out (scelta individuale dei lavoratori di accettare un orario di lavoro che superi le 48 ore settimanali) ed il calcolo dei periodi inattivi di lavoro sono i più considerati. Nel caso dei medici, quindi, durante un turno di guardia potrebbe succedere che venisse calcolato come orario di lavoro solamente quello effettivamente utilizzato al letto del malato e non il restante periodo di attesa. C'è stata una lunga serie di incontri ed i rappresentanti dei datori di lavoro si sono rammaricati del fatto che la Confederazione europea dei sindacati non ha voluto proseguire con i negoziati, perché, sempre secondo i datori di lavoro, le deroghe alle 48 ore/settimana e il tempo di lavoro su chiamata sarebbero di beneficio per i dipendenti, così come per i datori di lavoro.

Sotto un certo punto di vista, il fatto che i negoziati non abbiano prodotto un risultato è un fatto positivo: è stata mantenuta la versione attuale di Ewtd, ma si prevede che le associazioni che rappresentano i datori di lavoro riprenderanno la loro campagna nel giro di pochi mesi. Perciò dobbiamo essere attenti e pronti, dato che i problemi relativi all'opt-out e ai periodi inattivi di lavoro sono cruciali anche per medici ospedalieri.

Ci terremo in contatto con le maggiori organizzazioni europee (in particolare con Epsu) e questa sarà l'occasione per discutere quale decisione prendere nel caso in cui i datori di lavoro inizieranno di nuovo con i loro assalti. Il documento dei datori di lavoro sostiene che, nella questione di una revisione della Ewtd da parte della Commissione Europea "deve essere ripristinata la credibilità del diritto europeo". Io sostengo che a dover essere ripristinata è la credibilità dei datori di lavoro europei. Esiste il caso italiano nel caso europeo della Ewtd: i medici italiani, a causa di una dissenata decisione legislativa, non sono coperti dalle garanzie della direttiva. L'Anaa Assomed si è mobilitata immediatamente, assieme alla Fems, nei confronti della Commissione Europea. Dopo qualche anno la Commissione Europea ha provveduto a chiedere chiarimenti al Governo Italiano e, nell'attesa di ricevere la risposta, ha chiesto anticipatamente

La Fems, la Federazione europea dei medici dipendenti si è costituita nel 1964 con il nome di "Federazione Europea dei medici di Comunità", ma ha adottato la sua denominazione attuale nel 1981. La Federazione è composta dai delegati di circa 25 associazioni mediche, soprattutto sindacali, ma anche ordinistiche, in rappresentanza di molti Stati membri europei: Austria, Belgio, Bulgaria, Francia, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Ungheria. Aderiscono anche alcuni Paesi fuori della Ue: la Turchia e la Croazia (che entrerà il 1/7/2013); e tre Stati "osservatori" (passaggio statutario che prelude all'ingresso nella Fems con pieno diritto di voto) la Svezia, l'Olanda e Cipro (turca), che hanno chiesto di aderire come strumento di crescita culturale ed organizzativa. L'Italia è rappresentata da quattro associazioni sindacali mediche, tra cui l'Anaa Assomed che risulta attualmente il sindacato più rappresentativo a livello di iscritti. Gli altri sindacati italiani sono l'Aaroi-Emac, l'Anpo, il Snr. Il Consiglio direttivo in carica (2012-2015) vede alla Presidenza Enrico Reginato dell'Anaa Assomed (già Vice Presidente nel 2009-2012), alla Vice Presidenza Pavel Oravec (Loz - Lup, sindacato dei medici della Slovacchia) e Serdar Dalkilic (FPS, federazione dei medici praticanti della Francia); il Segretario Generale Bojan Popovic (Fides, sindacato dei medici della Slovenia); il Vice Segretario Generale Stanislaw Urban (del Ozsl - Polonia); il Tesoriere è Paulo Simoes (Sim, il sindacato

indipendente dei medici del Portogallo).

L'obiettivo principale della Fems è quello di difendere, a livello europeo, gli interessi morali e materiali dei medici dipendenti, al fine di garantire loro il miglior livello possibile di condizioni di lavoro, di salari dignitosi, di sviluppo professionale, e di indipendenza diagnostica e terapeutica nei confronti delle amministrazioni, per le quali il punto di vista esclusivamente economico a volte può essere in conflitto con i valori di un sistema sanitario di qualità e di una medicina giusta.

La Federazione ha svolto un ruolo significativo per ottenere che le direttive del 1975 in materia di libera circolazione dei medici, che all'inizio riguardavano solo i medici liberi professionisti, fossero stabilite tenendo conto di tutte le forme di esercizio medico, compresa la medicina dipendente, quest'ultima ritenuta complementare alla medicina libero professionale.

Nei suoi quasi 50 anni di storia (l'anno prossimo ricorre il 50ennale) la Fems si è occupata di tanti aspetti legati all'esercizio della professione medica:

- la definizione di medicina salariata e le condizioni di esercizio dell'attività professionale, con la stesura di una Carta europea dei medici salariati, ripresa più tardi dal Comitato permanente dei medici europei;
- i metodi per garantire la qualità degli atti medici;
- le modalità pratiche e deontologiche per effettuare eventuali scioperi;
- gli standard strutturali e di processo in ospedale;

LE ORGANIZZAZIONI MEDICHE EUROPEE (EMO – EUROPEAN MEDICAL ORGANISATIONS)

AEMH
European Association of Senior Hospital Physicians (Associazione europea dei medici ospedalieri senior)

CEOM
European Council of Medical Orders (Consiglio europeo degli ordini dei medici)

CPME
Standing Committee of European Doctors (Comitato permanente dei medici europei)

EANA
European working group of practitioners and specialists in free practice (Gruppo di lavoro europeo dei professionisti e specialisti di libera professione)

EJD
European Junior Doctors (Giovani medici europei)

EMSA
European Medical Students' Association (Associazione europea degli studenti medici)

FEMS
European Federation of Salaried Doctors (Federazione europea dei medici dipendenti)

UEMO
The European Union of General Practitioners (Unione europea dei medici generalisti)

UEMS
European Union of Medical Specialists (Unione europea dei medici specialisti)

all'Anaa Assomed ed alla Fems, di chiarire ulteriormente la questione, in modo da poter essere meglio preparati al ricevimento della risposta del Governo. Attendiamo fiduciosi. **Qual è lo stato dell'arte sulla direttiva sul riconoscimento delle qualificazioni professionali?**

La Commissione competente del Parlamento europeo per il riconoscimento della direttiva sulle qualifiche professionali (Mercato Interno e protezione dei consumatori) ha adottato oggi la sua relazione che dovrà formare la base per la trattativa con il Consiglio europeo.

Questi i risultati principali:

Valutazione linguistica: il Parlamento ha chiarito che le autorità competenti sono autorizzate a valutare le conoscenze linguistiche di tutti gli operatori sanitari, dopo il riconoscimento, ma prima dell'accesso alla professione. **Meccanismo di allerta:** i deputati hanno approvato la proposta della Commissione di introdurre un meccanismo di segnalazione obbligatoria alle autorità competenti sulla idoneità alla professione e determinazioni disciplinari. Essi hanno anche proposto di estenderlo a tutte le restrizioni in materia di registrazione di un professionista e lo scambio di informazioni su domande e certificazioni fraudolente.

Carta professionale: il Parlamento ha fornito una maggiore flessibilità per l'autorità competente del Paese ospitante. Tuttavia chiarisce che, nell'interesse del paziente, la tacita autorizzazione non costituisce un diritto automatico alla pratica medica.

Formazione medica e specialistica: si considera che i singoli Paesi mantengano la responsabilità dell'organizzazione della formazione medica e specialistica e che decidano autonomamente sulla durata minima dei corsi di formazione postlaurea.

Sviluppo professionale continuo: Il Parla-

- il tempo di lavoro e la sua conformità al codice del lavoro: le guardie e le reperibilità;
- osservatorio sull'equa remunerazione;
- studi sulla demografia medica;
- pratiche per il riconoscimento della qualifica professionale;
- tematiche di genere: l'esercizio della professione medica al femminile;
- l'impiego dei giovani medici negli ospedali;
- la migrazione transfrontaliera dei medici e dei pazienti;
- il task shifting: l'assegnazione di compiti medici a personale non medico;
- la pubblicità medica in vari Paesi europei;
- le caratteristiche dei reparti ospedalieri nei vari Paesi europei;
- il sostegno ai sindacati nazionali nella loro lotta per migliori condizioni di lavoro.

Molti di questi documenti (disponibili sul sito www.fems.net) sono stati pubblicati e inviati ad Istituzioni o personalità che si occupano di problemi di salute a livello nazionale ed europeo.

È in corso di sviluppo il progetto Domus medica europea, cui la Fems aderisce, che vede la creazione a Bruxelles di una sede comune per le Organizzazioni Mediche Europee (Emo), con lo scopo di condividere attività segretariali, ma soprattutto di far crescere e sviluppare la cooperazione tra le differenti organizzazioni per una maggiore rappresentatività presso le Istituzioni europee.

mento propone di imporre agli Stati membri di introdurre programmi per la formazione continua obbligatoria e la formazione per gli operatori sanitari nel sistema settoriale (Medici, infermieri, dentisti, i dentisti specialisti, ostetriche, farmacisti). I deputati hanno anche proposto che una struttura che fornisce Cme/Cpd debba essere valutata da un organismo europeo di controllo (Eqar: European Quality Assurance Register).

La mia opinione personale è che anche la validità della formazione medica e specialistica dovrebbe essere sottoposta a verifiche da parte di organismi europei di controllo. Noi sappiamo bene quali siano le gravi carenze formative, in particolare nella formazione specialistica post-lauream, in Italia e, nell'interesse dei pazienti, una certificazione sovranazionale della qualità del sistema formativo sarebbe vantaggiosa.

In cosa consiste il progetto "Azione comune europea di pianificazione della forza lavoro sanitaria"?

Per ora è un aspetto oggetto di valutazione degli scenari attesi nel prossimo futuro della forza lavoro sanitaria, ma il problema è come intervenire per attenuarne le conseguenze. Ad oggi non sembra si siano prese decisioni operative. (Per chi volesse saperne di più si può leggere il documento http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf). In quest'ambito deve essere tenuto sotto controllo il cosiddetto "taskshifting", ovvero, l'affidamento di attività attualmente svolte dai medici, a categorie professionali non mediche. La discussione è animata.

GIURISPRUDENZA

A cura di Paola Carnevale

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

CORTE DI CASSAZIONE

Quarta Sezione Penale

Sentenza del 30 gennaio 2013 - notizia di decisione n. 2/2013

Non è reato penale la colpa lieve del medico

Se il medico si rende responsabile di una colpa lieve nell'esercizio della sua attività, pur avendo rispettato quanto previsto dalle linee guida, tale atto non avrà rilevanza penale. Il principio è stato stabilito da una decisione (la sentenza sarà depositata successivamente) della IV sezione penale della Corte di Cassazione, e riprende quanto sancito dalla legge Balduzzi. La questione portata all'esame della Corte era la seguente: se l'articolo 3 della legge 189/2012 abbia determinato la parziale abrogazione delle fattispecie colpose commesse dagli esercenti le professioni sanitarie. La risposta della Corte è stata affermativa. Si è affermato il principio che la nuova normativa ha parzialmente decriminalizzato le fattispecie

colpose in esame. L'innovazione esclude la rilevanza penale delle condotte connotate da colpa lieve, che si collochino "all'interno dell'area segnata dalle linee guida o da virtuose pratiche mediche purché esse siano accreditate dalla comunità scientifica". In applicazione di tale principio i giudici hanno annullato con rinvio la condanna per omicidio colposo di un chirurgo che nell'esecuzione di un intervento di ernia al disco, aveva leso dei vasi sanguigni provocando una emorragia letale per il paziente. Al giudice di merito è stato chiesto di riesaminare il caso per determinare se esistano linee guida o pratiche mediche accreditate relative "all'atto chirurgico in questione", se l'intervento eseguito si sia mosso entro i confini segnati dalle direttive e, in caso affermativo, se nell'esecuzione dell'intervento vi sia stata colpa lieve o grave.

CORTE DI CASSAZIONE

Quarta Sezione Penale

Sentenza n. 11493/2013

Al medico negligente o imprudente non si applica la legge Balduzzi. I limiti delle linee guida

La Corte di Cassazione, chiamata a decidere in via definitiva sul ricorso proposto avverso una sentenza della Corte d'Appello di Napoli che aveva confermato la responsabilità del medico ginecologo per il delitto di omicidio colposo in danno di una neonata deceduta per danni cerebrali conseguenti ad una asfissia intrapartum, ha avuto occasione di delineare alcune importanti indicazioni operative in tema di applicazione della nuova normativa in materia di limitazione della responsabilità medica in caso di colpa lieve contenuta nell'articolo 3 della legge 189 (cosiddetta Balduzzi).

La disposizione, spiega la Corte "obbliga a distinguere fra colpa lieve e colpa grave solo limitatamente ai casi nei quali si faccia questione di essersi attenuti a linee guida e solo limitatamente a questi casi è possibile escludere la responsabilità penale laddove venga accertato il rispetto delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica".

Tale norma tuttavia non può riguardare ipotesi di colpa per negligenza o imprudenza in quanto le linee guida contengono solo regole di perizia. Nella fattispecie al medico veniva contestato di non aver operato un costante monitoraggio della accertata situazione di preallarme, pur in presenza di tracciati cardiocografici significativi di concreto rischio per il benessere del feto, né di aver predisposto ed eseguito un intervento di parto cesareo che, se effettuato, avrebbe evitato l'asfissia ed il conseguente decesso della bambina. Il medico a sua discolpa, ha citato le linee guida campane sui criteri di scelta tra cesareo e parto naturale, ma la Corte di Cassazione ha ribadito che la

sua colpa consisteva non nell'imperizia, bensì nella negligenza. La suprema Corte ha altresì ribadito che le linee guida per avere rilevanza nell'accertamento della responsabilità del medico devono indicare "standard diagnostico terapeutici conformi alla regole dettate dalla migliore scienza medica a garanzia della salute del paziente e non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente.

Il medico ha dunque "il dovere di disattendere indicazioni stringenti dal punto di vista economico che si risolvono in un pregiudizio per il paziente", mentre le aziende sanitarie devono "in un contesto di difficoltà economica, ispirare il proprio agire anche al contenimento dei costi ed al miglioramento dei costi, ma tali scelte non possono in alcun modo interferire con la cura del paziente: l'efficienza di bilancio può e deve essere perseguita sempre garantendo il miglior livello di cura". Ribadendo quanto già affermato in precedenti pronunce (sentenza Sez. 4, 11 luglio 2012, n. 35922), sulla natura delle linee guida e sulla loro rilevanza nelle scelte terapeutiche del medico e nella valutazione del giudice, la Corte conclude che "solo nel caso di linee guida conformi alle regole della migliore scienza medica sarà poi possibile utilizzarle come parametro per l'accertamento dei profili di colpa ravvisabili nella condotta del medico ed attraverso le indicazioni dalle stesse fornite sarà possibile per il giudicante - anche, se necessario, attraverso l'ausilio di consulenze rivolte a verificare eventuali particolarità specifiche del caso concreto, che avrebbero potuto imporre o consigliare un percorso diagnostico-terapeutico alternativo- individuare eventuali condotte censurabili". Il ricorso proposto dal medico è stato rigettato.