

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
2 APRILE 2014

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Riforma titolo V, Ricciardi: rischio nuove disuguaglianze

«Il nuovo dettato costituzionale sulla sanità rischia di rivelarsi un esperimento sociale che porterà l'Italia ad essere uno dei paesi più diseguali al mondo». È il commento di **Walter Ricciardi** Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Cattolica di Roma, a una prima lettura della riforma costituzionale del titolo V varata dal Governo Renzi. La riforma restituisce allo stato - punto m) dell'articolo 117 - la competenza esclusiva di emanare norme generali a tutela della salute, della sicurezza alimentare e del lavoro. Il punto m) parla di livelli essenziali delle prestazioni su diritti civili e sociali, e comprende i Lea di cui il governo diventa qualcosa di più che il guardiano quale è stato dalla riforma del 2001 ad oggi.

Ma alle regioni, nero su bianco, resta la competenza di legiferare sull'organizzazione dei servizi sanitari e sociali. Cambiare tutto per non cambiare nulla? «Io credo che le cose siano destinate a cambiare in peggio», afferma Ricciardi che già due anni fa, da direttore dell'Osservatorio sulla salute nelle regioni italiane, alla presentazione del rapporto Osservasalute aveva descritto un conflitto stato-regioni sempre più grave sulle risorse, stigmatizzato gli effetti devastanti dei tagli anti-crisi sulle regioni del Sud e invocato un chiarimento dei livelli di assistenza garantibili dal Ssn su base universalistica. «E' vero che gran parte della situazione di stallo in cui ha versato il Ssn, specie al Sud, era dovuta a un "dialogo tra sordi" con lo Stato che aveva le risorse e non le dava, o le tagliava, e le regioni che invece ne chiedevano di più. Dal 2001 in poi - con il conferimento della competenza a legiferare alle regioni - le disparità esistenti tra regioni si sono accentuate. Con questa modifica però si dà allo stato il potere di stabilire che cosa dare da Nord a Sud fermo restando che la potestà organizzativa resta competenza della regione: quest'ultima ha il potere di stabilire come spendere le allocazioni statali, il che apre ad ulteriori disuguaglianze. Ogni regione darà la sanità che può». La riforma riaccentra funzioni anche su turismo e polizia, bilanciando ciò con la creazione del Senato delle autonomie i cui componenti (148

circa) saranno i 21 presidenti delle giunte regionali e delle Province autonome, i 21 sindaci dei comuni capoluogo di Regione o Provincia autonoma più due consiglieri e due sindaci eletti "inter pares" ad autonomia (84 in tutto), più 21 cittadini nominati per sette anni dal Presidente della Repubblica: tutti non retribuiti perché già pagati a livello locale. Le leggi le farà la Camera e il Senato può modificarle in 20 giorni, ma alla fine l'ok è dei deputati "rappresentanti" della nazione.

Case salute, Snam: non curano i cronici e non aiutano Mmg

In vista della convocazione per la trattativa in Sisac l'11 aprile il presidente Snam **Angelo**

Testa avverte le regioni: la professione si è accorta che le case della salute non sono il rimedio alle cronicità, non hanno fin qui sgravato i pronti soccorso dai “codici bianchi” e in realtà sono un cavallo di Troia per introdurre nell’accordo dei mmg compiti estranei, e a costo zero perché i contratti sono bloccati. Nondimeno, «poiché le esperienze di casa della salute sono le più varie, Snam ha lanciato in questi giorni il progetto Domus, per censire le attuali case della salute e la loro attività. Nell’ambito del progetto, coordinato da Domenico Salvago e Salvatore Santacroce dell’esecutivo e da Valerio Nori e Sergio Baglioni, presidenti di Snam Rimini e Snam Firenze, sentiremo medici, pazienti, associazioni di cittadini e amministratori locali». «Le case della salute –sottolinea Testa- non hanno nulla a che fare con le attività che il medico di famiglia dovrebbe svolgere sul territorio sui pazienti cronici. Sono “vendute “ come un piccolo pronto soccorso e la panacea per risolvere le difficoltà del territorio. Ma non saranno finanziate e non potranno andare avanti, e dove si faranno spariranno gli ambulatori dei Mmg dai piccoli paesi, avremo dei super market della sanità». Senza contare che, strutturando il territorio per far fronte alle lungodegenze e alle dimissioni precoci dagli ospedali, «c’è il rischio di una deriva verso un’ospedalizzazione della medicina territoriale, la brutta copia di un sistema che viaggia secondo procedure della medicina specialistica con percorsi granitici, standardizzati, codificati e rigidi. Snam – avverte Testa - considera insostituibile il rapporto duale tra medico e il paziente che lo ha liberamente scelto. Ad oggi il cittadino ha un solido riferimento professionale indipendente e autonomo in cui l’esperienza del curante è essenziale nel coniugare la valutazione dei problemi clinici con un’approfondita conoscenza del vissuto del soggetto. Sostituire questo con il rapporto paziente-struttura è perdente per la qualità della assistenza, e rischia di essere più oneroso per il Ssn visto l’aumento delle richieste di quella minoranza di pazienti che già oggi “consuma la maggior parte delle risorse” e di quella frangia di assistiti che quotidianamente cerchiamo di frenare nella loro corsa compulsiva al consumo di farmaci, esami e visite specialistiche».

Medici ospedalieri: il troppo lavoro riduce la qualità delle cure

Se il carico di lavoro dei medici ospedalieri cresce in maniera eccessiva, si allungano i tempi di degenza e aumentano i costi, cosa che potrebbe compromettere l’efficienza e la qualità delle cure, secondo le conclusioni di uno studio coordinato da Daniel Elliott, ricercatore del Christiana Care Health System di Newark, Delaware, apparso su *Jama Internal Medicine*. «La medicina ospedaliera è una specialità in rapida crescita negli Stati Uniti» esordisce Elliott, spiegando che l’Hospital Medicine è un modello organizzativo in cui un medico unico, di solito un internista chiamato hospitalist, prende in carico il paziente all’ingresso in ospedale e lo restituisce al medico di medicina generale (Mmg) al momento della dimissione. «Negli Stati Uniti fino agli anni novanta l’MMG seguiva i suoi pazienti durante i ricoveri, ma il cambiamento del sistema di rimborso e la difficoltà di seguire pazienti ambulatoriali sempre più numerosi e ospedalizzati sempre più gravi ha favorito la comparsa degli hospitalist, medici che lavorano esclusivamente in ospedale con turni che lo rendono disponibile 24 ore su 24. «La sempre maggiore diffusione dell’Hospital Medicine ha messo gli hospitalists sotto crescente pressione per aumentare la produttività, e il nostro studio è stato progettato per valutare l’associazione tra il carico di lavoro e l’efficienza e qualità delle cure» riprende il ricercatore, che assieme ai colleghi ha esaminato 20241 ricoveri per 13916 pazienti curati da hospitalists al Christiana Care tra febbraio 2008 e gennaio 2011. I risultati mostrano che la durata del ricovero e le spese sanitarie sono direttamente proporzionali al carico di lavoro, che invece non influenza altri risultati

qualitativi, tra cui la mortalità, le riammissioni a 30 giorni o la soddisfazione del paziente. «Sebbene questi dati richiedano conferma in diversi ambiti clinici, sembra che l'eccessivo aumento del carico di lavoro porti a cure inefficiente e costoso. Ne consegue che nei sistemi di cura che incentivano i medici basandosi sulla produttività andrebbero introdotte misure di efficienza e qualità» commenta in un editoriale Robert Wachter dell'Università di California a San Francisco.

JAMA Intern Med. Published online March 31, 2014

Rimborso medici specialisti, arriva nuovo ddl per accordo transattivo

Un indennizzo forfettario di 13mila euro per ciascun anno di durata legale della scuola di specializzazione universitaria in medicina, ai medici che avranno aderito a una causa di rimborso, per il riconoscimento di quanto dovuto, come sancito dalle norme europee. È quanto prevede il ddl "Estensione dei benefici normativi ai medici specializzandi ammessi alle scuole di specializzazione universitarie tra il 1993 e il 2005", presentato ieri in Senato nel corso di una conferenza stampa. «La transazione proposta e presentata oggi rappresenta una soluzione, per quanto tardiva» ha spiegato il primo firmatario del Ddl, Luigi D'Ambrosio Lettieri (Fi) «di un'inadempienza dello Stato, che permetterebbe un grande risparmio alle casse pubbliche a fronte di un diritto acquisito dai medici che si sono specializzati tra il 1993 e il 2005. Con questa proposta si risparmia il 65% delle spettanze dovute ai medici, con rimborsi spalmati su un periodo di tempo di 24-36 mesi». Dal canto suo Massimo Tortorella, presidente della Consulcesi, Associazione per la tutela e la difesa dei professionisti della sanità, sottolinea come se tutti i medici specializzati tra il 1982 e il 1991 e il 1993 e il 2005, facessero causa allo Stato chiedendo di veder riconosciuti i loro diritti in fatto di retribuzione, contributi previdenziali e riconoscimento di anzianità garantiti da direttive europee attuate dal nostro Paese con grande ritardo, per le casse dello Stato si creerebbe una voragine del valore di cinque o sei miliardi di euro. «Dopo anni di azioni legali, a oggi siamo riusciti a garantire oltre 327 milioni di euro di rimborsi a migliaia di medici in tutta Italia», ha spiegato Tortorella.

DIRITTO SANITARIO Sospensione cautelare e radiazione dall'Albo: calcolo dei termini

Il fatto

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino veniva a conoscenza del fatto che nell'anno 1995 un medico iscritto era stato sottoposto a procedimento penale, insieme ad altri pubblici dipendenti, per concussione, corruzione ed abuso di atti d'ufficio; l'Ordine prendeva atto inoltre che con sentenza del Tribunale di Torino successivamente passata in giudicato il sanitario era stato condannato a tre anni undici mesi e venti giorni di reclusione ed all'interdizione dai pubblici uffici per cinque anni. Nell'anno 2003 la Commissione Medica, viste le sentenze di condanna e la misura interdittiva, deliberava la sospensione di diritto dall'esercizio della professione e l'attivazione dei relativi accertamenti disciplinari; il sanitario proponeva ricorso alla CCEPS che lo respingeva.

Successivamente interveniva la radiazione dall'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi che

non veniva impugnata.

Nel 2010 il medico faceva istanza di reiscrizione nell'Albo, e il Consiglio dell'Ordine respingeva la richiesta in quanto il sanitario aveva dichiarato di non aver ancora ottenuto la riabilitazione (successivamente pronunciata dal Tribunale competente), e che ad ogni modo dalla data della radiazione non era ancora decorso il termine previsto.

Profili giuridici

La possibilità di scomputare dal termine quinquennale previsto per la reiscrizione la durata del periodo di sospensione dall'esercizio della professione subito dal medico prima della radiazione è esclusa in radice dalla evidenziata diversità delle due sanzioni, aventi presupposti e finalità diverse.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Fascicolo sanitario elettronico. Arrivano le linee guida nazionali.

Progetti entro il 30 giugno

Publicato il documento che definisce le modalità per la presentazione di appositi piani di progetto regionali per la realizzazione del FSE, che dovranno essere presentati entro il 30 giugno 2014. I piani di progetto devono essere presentati esclusivamente online, utilizzando la procedura che sarà resa disponibile sul portale dedicato. Il Fse dovrà essere attivato dalle Regioni entro il 30 giugno 2015. LE LINEE GUIDA

Il Fascicolo sanitario elettronico scalda i motori. Sono state pubblicate oggi le linee guida nazionali realizzate dal Tavolo tecnico coordinato dall'Agenzia per l'Italia Digitale e dal Ministero della salute, con rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze, delle Regioni e Province Autonome, nonché del Consiglio Nazionale delle Ricerche e del CISIS (Centro Interregionale per i Sistemi Informatici, Geografici e Statistici).

La misura si ricorda è disciplinata dall'articolo 12 del D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 (Cresci Italia 2.0), recante "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese" (convertito, con modificazioni, dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221), che ha istituito il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), inteso come l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito. Il FSE è istituito dalle Regioni e dalle Province Autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, con le finalità elencate al comma 2 dell'art. 12. Le successive modifiche introdotte al DL hanno stabilito quale termine per l'attivazione del FSE presso le Regioni e le Province Autonome il 30 giugno 2015.

Le linee guida in sintesi:

1. Modalità di presentazione

I piani di progetto devono essere presentati esclusivamente online, utilizzando la procedura che sarà resa disponibile sul portale dedicato www.fascicolosanitario.gov.it. La

presentazione prevede la compilazione di 7 moduli: modulo A “Descrizione sintetica e referenti”, modulo B “Componenti Abilitanti”, modulo C “Modello architettuale”, modulo D “Servizi”, modulo E “Sicurezza e Privacy”, modulo F “Infrastruttura nazionale per l’interoperabilità” e modulo G “Gantt”.

Tali moduli dovranno essere sottoscritti dal responsabile di progetto con firma digitale, rilasciata da un certificatore accreditato

Modulo A – Descrizione sintetica e referenti

Il modulo A presenta tre sezioni: la prima mira a comprendere lo stato di realizzazione del FSE sul territorio; la seconda richiede una descrizione sintetica del progetto; la terza richiede l’individuazione del responsabile di progetto.

Componenti Abilitanti

Attraverso il modulo B si intende verificare la disponibilità dei prerequisiti funzionali alla realizzazione del progetto. A tal proposito si richiede di descrivere lo stato di realizzazione dell’anagrafe degli assistiti, degli operatori e delle aziende sanitarie, e dell’infrastruttura di rete.

Modulo C – Modello architettuale

Il modulo C intende verificare il modello architettuale di riferimento adottato o che si intende adottare. I campi, oltre a quelli specifici, che vanno a definire sia il modulo in questione sia il modulo D che segue, sono così descritti:

- Azioni previste: in questo campo si devono descrivere le principali attività che si intendono compiere al fine del raggiungimento dell’obiettivo indicato
- Eventuali informazioni aggiuntive: in questo campo si possono segnalare ulteriori informazioni di interesse, come ad esempio eventuali criticità previste.

Modulo D – Servizi

Il modulo D è composto di 5 schede, una per ogni servizio individuato dal [DPCM](#) attuativo, in fase di emanazione, il quale stabilisce che, in sede di prima applicazione, le regioni e le province autonome debbano assicurare almeno:

1. La disponibilità dei servizi per l’accesso dell’assistito al proprio FSE;
2. La disponibilità dei servizi per il collegamento e l’abilitazione all’accesso e all’alimentazione del FSE da parte dei MMG/PLS, nonché delle strutture sanitarie;
3. La disponibilità dei servizi a supporto dell’interoperabilità del FSE;
4. La disponibilità dei servizi per la gestione dei referti di laboratorio;
5. La disponibilità dei servizi per la gestione del profilo sanitario sintetico.

Modulo E – Sicurezza e Privacy

Ulteriori elementi, affinché il progetto sia ammissibile, riguardano gli aspetti di privacy, sicurezza, business continuity, disaster recovery e conservazione del dato. A tal fine è utile indicare, in un modulo a se stante, come si intende affrontare questi temi.

Modulo F – Infrastruttura nazionale per l’interoperabilità

Nel modulo E, si possono indicare eventuali richieste relative a servizi, funzioni o dati da rendere disponibili, mediante l’infrastruttura nazionale per l’interoperabilità, sia per ogni

servizio specifico sia dal punto di vista generale (altro).

Modulo G – Gantt

Nel modulo F vanno indicate le date di inizio lavori e di fine prevista per ogni servizio individuato dal DPCM attuativo e complessivamente per l'intero progetto. La rappresentazione grafica (Gantt) sarà generata in automatico dal sistema alla fine della procedura.

2. Valutazione e approvazione

Ai sensi dell'art.12 del DL 179/12, comma 15-quater, per la valutazione e l'approvazione dei piani di progetto, è istituita una Commissione ad hoc a cura del MdS e dell'Agenzia per l'Italia Digitale.

3. Monitoraggio

Per la verifica dello stato di avanzamento della realizzazione del FSE è prevista una sezione apposita sul portale dedicato, che sarà cura dei referenti di progetto aggiornare continuamente. Per il dettaglio sugli indicatori e sulle modalità di monitoraggio si rimanda all'allegato B "Monitoraggio realizzazione FSE".

4. Tempi

Il cronoprogramma, formulato prevede:

- Presentazione dei piani di progetto: 30 giugno 2014
- Valutazione e approvazione: 60 giorni dalla presentazione
- Istituzione del FSE: 30 giugno 2015
- Realizzazione infrastruttura nazionale per l'interoperabilità: 31 dicembre 2015

Titolo V. Gimbe: "Riforma necessaria ma non sufficiente"

Fondamentale eliminare la legislazione concorrente che rappresenta un fattore di "complicazione istituzionale", ma il testo approvato in CdM non garantisce la riduzione delle diseguaglianze regionali. Questo il commento della Fondazione per la quale la Costituzione dovrebbe assegnare esplicitamente allo Stato la verifica dei Lea.

"L'eliminazione della legislazione concorrente Stato e Regioni dovrebbe porre fine alla eccessiva frammentazione che oggi rappresenta un fattore di grave complicazione istituzionale. La ridefinizione delle competenze 'esclusive' dello Stato e di quelle 'residuali' delle Regioni dovrebbe facilitare quella leale collaborazione tra Stato e Regioni, indispensabile per garantire il diritto costituzionale alla salute e la responsabilità pubblica della sua tutela". Questo il commento del presidente della Fondazione Gimbe, **Nino Cartabellotta**, sulle proposte del Governo di restyling del Titolo V della Costituzione per ciò che riguarda la materia sanitaria.

Tuttavia – ha proseguito il presidente – secondo quanto contenuto nel Rapporto Gimbe sul Ssn, la revisione del Titolo V è "necessaria, ma non sufficiente" perché è "indispensabile potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sui 21 servizi sanitari regionali", attraverso quattro interventi finalizzati a prevenire le diseguaglianze regionali in termini di offerta di servizi e prestazioni sanitarie, di appropriatezza di processi clinici e organizzativi e di esiti di salute:

- (Ri)definizione a livello nazionale dei requisiti minimi di accreditamento per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private e conseguente verifica.
- (Ri)definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) articolando, oltre che i livelli, i sottolivelli e i servizi, anche le prestazioni e le procedure, al fine di identificare gli standard di appropriatezza professionale e organizzativa.
- Definizione di un set multidimensionale di indicatori condiviso con le Regioni, per valutare le performance sanitarie in tutto il territorio nazionale utilizzando le stesse 'unità di misura'.
- Produzione e continuo aggiornamento di standard nazionali, quali linee guida, report di health technology assessment, strumenti decisionali per i pazienti, che sintetizzino con adeguato rigore metodologico le migliori evidenze disponibili per guidare pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari, pratica clinica e informazione dei cittadini.

"Anche se la maggior parte di questi interventi sono di natura “tecnica”, la lettera m) dell’articolo 117 – ha precisato Cartabellotta – rimane orfana di una parola indispensabile per garantire l’uniformità dei Lea, perché allo Stato non spetta solo di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ma anche di verificarli con uno strumento più analitico della “griglia Lea” attualmente utilizzata. Considerare la verifica un aspetto esclusivamente tecnico, non citandola nella riforma del Titolo V, rischia (involontariamente?) di indebolire ulteriormente lo Stato, legittimando le peggiori autonomie regionali, oggi di fatto rafforzate dalla eliminazione della legislazione concorrente”.

"In linea con le azioni proposte dal Rapporto Gimbe sul Ssn – ha concluso Cartabellotta – la Fondazione Gimbe suggerisce di modificare la lettera m) del secondo comma dell’articolo 117 in 'determinazione e verifica dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale’”.

Titolo V. Questa riforma non mi piace. Ecco perché di Roberto Polillo

Se la riforma passerà il sud del paese sprofonderà in una condizione pre-unitaria e la sanità diventerà ancora di più il campo privilegiato e unico dove poter ancora realizzare profitti e consolidare le vecchie e sempre presenti consorterie.

Con l’attribuzione alle regioni della competenza esclusiva in materia di organizzazione dei servizi sociali e sanitari (appena edulcorata dal passaggio inverso alle competenze esclusive dello Stato delle norme generali per la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e sicurezza del lavoro) si conclude il lungo ciclo, iniziato nel 1978 con il varo della legge 833, con cui si era tentato di dotare il nostro paese di un servizio sanitario nazionale unitario.

Con un aggravante ulteriore rispetto agli anni ‘70, perché il quinquennio di crisi che continua a mordere il nostro paese ha reso ancora più incolmabile la (storica) distanza tra Nord e Sud. E per rendersene conto bastano i dati sulla disoccupazione meridionale, sulla

perdita di PIL e sulla desertificazione industriale e infrastrutturale che caratterizza quella parte del paese.

Di tale apocalisse senza riscatto e escathon ne ha dato visualizzazione dolorosa e veritiera la puntata di ieri di Presa diretta a cui si sono accompagnate le parole di Farinetti, rilasciate al giornalista Alessandro Milan di Radio 24, laddove il geniale patron di Eataly ha affermato che forse l'unica via di uscita rimasta per il Sud è di trasformare quei luoghi ancora bellissimi in una sorta di Sharm El Sheikh nostrana, ritenendo ben difficile che qualche imprenditore possa oggi scegliere di investire nel Sud per attività produttive diverse.

Conferire competenza esclusiva alle regioni in materia sanitaria significa concedere al Presidente di regione di turno la possibilità di spendere il 75% delle risorse complessivamente disponibili (quanto assorbe attualmente la sanità) a sua totale discrezione e in una condizione priva di qualsiasi controllo da parte dello Stato. E la recente storia ha evidenziato i danni prodotti dalla finanza allegra delle regioni centro meridionali che hanno dilapidato risorse senza costruire nulla di buono e costringendo i propri cittadini alla migrazione sanitaria ogni qualvolta ci fosse un problema serio da affrontare.

All'opposto il poco di buono che si è fatto negli ultimi anni è stato solo per merito dei piani di rientro che, con tutti i limiti più volte segnalati, hanno perlomeno costretto i presidenti delle regioni ad atteggiamenti più responsabili. Bisognerebbe proseguire nella strada dell'affiancamento delle regioni in disavanzo strutturale rendendo più stringenti i controlli fino ad un effettivo commissariamento della regione inadempiente che comporti l'esautorazione dello stesso Presidente, oggi lasciato a guardia del "bidone" che ha prodotto. E invece si sceglie la strada del "liberi tutti" avverando il sogno leghista della totale autonomia dei territori e realizzando quello che non era riuscito a fare lo stesso Berlusconi con il suo tentativo abortito di riforma del titolo V.

Se la riforma passerà il sud del paese sprofonderà in una condizione pre-unitaria e la sanità diventerà ancora di più il campo privilegiato e unico dove poter ancora realizzare profitti e consolidare le vecchie e sempre presenti consorterie. Un pessimo servizio per i cittadini di quegli sventurati territori e alla lunga anche per gli altri appartenenti alle regioni del Nord che da una devolution totale di competenze potranno trarre nell'immediato vantaggi.

SOLE24ORE/SANITA'

Giannini (Università): «A metà ottobre concorso nazionale per le scuole di specializzazione in Medicina»

«Prima dell'estate bandiremo il concorso nazionale, per titoli e per prove, per l'accesso alle scuole di specializzazione di Medicina». Lo ha annunciato la ministra dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, **Stefania Giannini**, illustrando le linee programmatiche del suo dicastero alla commissione Istruzione del Senato. Il ministro ha precisato che il concorso «avrà luogo realisticamente verso metà ottobre».

E la ministra si è anche sbilanciata sulle modalità dei test. «Mi piacerebbe - ha sottolineato -

che le prove mirassero a misurare principalmente le competenze e l'attitudine relative alla specializzazione futura»

Nel corso del suo intervento, la ministra ha toccato lo spinoso tema delle risorse finanziarie a disposizione degli studenti, laureati e dottorandi. Un nodo centrale per gli specializzandi di Medicina. «Con il ministro **Beatrice Lorenzin** - ha spiegato Giannini - stiamo lavorando a una soluzione per evitare il crollo del numero di borse, attualmente intorno alle 3.300, e fare in modo che lo stanziamento soddisfi il fabbisogno».

E sono previsti interventi anche per razionalizzare il calcolo del fabbisogno di camici bianchi: «Stiamo lavorando - ha spiegato la ministra - per definire una road map chiara con le Regioni per semplificare l'attuale procedura e assicurare in futuro una rilevazione realistica e puntuale del fabbisogno nazionale di medici. Perché non possiamo permetterci un medico di meno, ma non abbiamo nemmeno bisogno di un medico disoccupato. E sicuramente vogliamo continuare a formare, come fatto finora, coloro che vengono considerati tra i migliori medici in tutta Europa e oltre oceano».

I cinque principi essenziali. Più in generale, sul capitolo Università e ricerca, le parole d'ordine della ministra Giannini sono: semplificazione, per ridurre conflittualità e contenziosi; programmazione, per uscire dall'ottica dell'emergenza; valutazione, per assegnare risorse sulla base dei meriti e dei demeriti; internazionalizzazione, per avere un sistema aperto alla comparazione e alla competizione e capace di generare maggiore qualità.

Atenei svecchiati e autonomi. Una delle priorità è quella di svecchiare il corpo docente, che continua a essere il più anziano d'Europa, con oltre il 22% dei docenti over-60. Ma anche di avviare una semplificazione normativa e finanziaria, per concedere alle Università virtuose una politica di bilancio pienamente autonoma: «Il livello di finanziamento e la libertà di spesa di un ateneo - sottolinea la ministra nelle sue linee programmatiche - non possono dipendere dalla sua dimensione, dalla sua storia o dalla sua fortuna. Devono derivare solo dalle sue performance».

Diritto allo studio e prestito d'onore. E sul fronte del diritto allo studio, un capitolo dolente in tempi di crisi economica, la ministra ha dichiarato di voler introdurre in Italia lo strumento dei prestiti d'onore, già praticato con successo negli Usa, in Gran Bretagna e in Canada, «in un'ottica di parallelismo e non di sostituzione o supplenza del diritto allo studio». «Mentre il diritto allo studio deve rappresentare la base di garanzia per tutti gli studenti capaci e meritevoli in stretta correlazione con il reddito - specifica la ministra Giannini - il prestito deve essere concepito come un sostegno meritocratico, a condizione che il sistema dei prestiti, appoggiandosi ad un Fondo di Garanzia, sia complessivamente meno gravoso per gli studenti».

Programmazione stabile per la ricerca. Per rilanciare la ricerca, la ministra pensa a una semplificazione finanziaria che eviti la dispersione delle risorse in mille rivoli facendole confluire in un Piano finanziario della ricerca unico «al quale attingere attraverso interventi a bando o assegnazioni strutturali, come nel caso degli Enti pubblici di ricerca (Epr), a fronte della valutazione dei risultati». E la programmazione finanziaria dovrà essere stabile, certa e adeguata lungo un arco di tempo che vada ben al di là del "triennio burocratico": «Nessun Paese - ha dichiarato la ministra Giannini - è in grado di impostare un'efficace politica della ricerca se essa viene affidata alle Leggi di stabilità di turno che tagliano o aggiungono al di fuori di qualunque serio indirizzo di lunga prospettiva. Dunque servirà un nuovo strumento programmatico agile ma soprattutto un livello stabile di risorse su base pluriennale con cui alimentare la ricerca di base e applicata».

Lauree in medicina, odontoiatria e veterinaria: ecco la dotazione ufficiale di posti per l'anno accademico 2014-2015

A medicina 10.556 posti, per odontoiatria 949 e per veterinaria 774. E' questo il "verdetto finale" del ministero dell'Università sui posti a bando per l'anno accademico 2014-2015 per le lauree magistrali di area sanitaria. I decreti di ripartizione dei bandi - datati 10 marzo per medicina e 7 marzo per odontoiatria e veterinaria - sono pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale n. 76 del 1 aprile 2014.

Il Miur per medicina ha messo a bando 192 posti in meno di quelli chiesti dalle Regioni e 1.056 in più rispetto alla richiesta di fabbisogno del ministero della Salute. Vero è che nella cifra complessiva 573 posti sono riservati agli studenti "non comunitari non soggiornanti", ma il numero è comunque in linea con il fabbisogno determinato dai governatori più che con quello "mediano" della Salute e di molto superiore rispetto alla richiesta della FnomCeO di fermarsi a 7mila posti. Ben diversa la dotazione finale anche dai 7.919 posti "provvisori" che lo stesso Miur aveva indicato prima della definizione ufficiale. Il maggior numero di posti è quello destinato all'Università di Roma «La Sapienza» nella sede del Policlinico Umberto I: 552. Che per tutte le sedi della Sapienza diventano 868. Il numero minore di posti, se si escludono i corsi in lingua inglese che sono destinati a poche unità, sono quelli di Foggia e dell'Università del Molise, entrambi fermi a 75 bandi.

Per odontoiatria i posti a bando sono invece molti di più delle richieste analoghe di Regioni e Salute: 949 contro gli 844 dentisti indicati come fabbisogno da governatori e ministero e comunque ben diversi dallo zero assoluto richiesto sempre dalla FnomCeO. In questo caso il numero maggiore di posti è destinato sempre alla Sapienza di Roma (65), quello minore all'Università di Perugia (11).

Per veterinaria, infine, i posti a bando decisi dal Miur sono 774: 117 in più rispetto alla richiesta di Regioni e Salute e ben 283 in più rispetto al fabbisogno indicato dalla Federazione dei veterinari. Al top di posti c'è Torino con 108 bandi, mentre in coda Messina con 25 posti disponibili.

Addetto stampa - Maria Antonietta Izza - ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584