

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
6 FEBBRAIO 2014

DALLA SARDEGNA

UFFICIO STAMPA REGIONE SARDEGNA

SANITÀ DIGITALE: REGIONE E ASL SASSARI ATTIVANO “MONITOR PRONTO SOCCORSO”, UN’ISTANTANEA ON LINE SU AFFOLLAMENTO STRUTTURE

COMUNICATO STAMPA

Cagliari, 5 febbraio 2014 - Da oggi è possibile avere in tempo reale una fotografia del numero di pazienti in attesa e dell'affollamento dei Pronto soccorso degli ospedali di Sassari, Alghero e Ozieri consultando semplicemente il computer. È l'obiettivo del servizio "Monitor di pronto soccorso", che l'assessorato regionale della Sanità ha appena attivato, in via sperimentale, nella Asl 1 grazie al supporto della Centrale 118, delle Unità operative di Pronto soccorso e medicina d'urgenza dei presidi di Sassari, Alghero, Ozieri e del Servizio sistemi informativi della Azienda sanitaria.

L'UTILITÀ. Il servizio, consultabile sul sito www.sardegna salute.it (<http://monitorps.sardegna salute.it/>) e presto anche sul sito della Asl di Sassari, sarà progressivamente esteso a tutte le altre Aziende sanitarie della Regione. La sua utilità è duplice, sia per il cittadino, che grazie al Monitor può vedere in anteprima il grado di afflusso nel Pronto soccorso (Ps) esaminato, sia per gli operatori (ad esempio quelli del 118), che avranno da subito una istantanea sul carico di lavoro del servizio, facendo dunque confluire i pazienti nei Ps meno oberati.

DE FRANCISCI. Soddisfatta l'assessore della Sanità Simona De Francisci: "Con questo nuovo e innovativo servizio, che segue il Fascicolo sanitario elettronico, il pagamento del ticket alle Poste e la scelta del medico di famiglia on line, la Giunta prosegue nell'attuazione di digitalizzazione dei servizi che hanno l'obiettivo di semplificare e "avvicinare" la sanità al cittadino, rendendola dunque più efficiente e meno burocratica".

GIANNICO. "La Asl di Sassari è stata scelta ancora una volta quale prima azienda sanitaria per la sperimentazione di un sistema innovativo per la sanità regionale e questo non può che farci piacere" è il commento del direttore generale della Asl di Sassari, Marcello Giannico. "L'ospedale Santissima Annunziata, con una media di 44 mila accessi al Pronto soccorso, si fa carico in buona parte di tutte le emergenze che arrivano dal territorio, dalla città e anche da altre Asl della Sardegna" ricorda Giannico. "Il monitoraggio on line dell'affollamento del pronto soccorso di Sassari, il più grande della Sardegna come numero di accessi, e di quelli di Alghero e Ozieri ci permetterà di fornire un servizio qualitativamente migliore per tutti" conclude il manager.

COME FUNZIONA. Il Monitor è un servizio on line che aggrega informazioni sugli accessi di Pronto soccorso e permette di visualizzare diverse informazioni:

- Numero di pazienti in visita distinti per codice colore
- Numero di pazienti in arrivo da 118 distinti per codice colore

- Numero di pazienti in attesa di visita distinti per codice colore
- Tempo massimo di attesa di visita attuale
- Stima dei tempi di attesa previsti per i nuovi accessi.

Inoltre, la funzione “Trova Pronto soccorso” visualizza sulla mappa la struttura più vicina al paziente e gli indica la distanza chilometrica dall’indirizzo di partenza con il tempo necessario per arrivare in automobile; la funzione consente con un click di accedere al percorso su Google maps per raggiungere il Pronto soccorso più vicino e di visualizzare in tempo reale i minuti di attesa per ogni nuovo paziente in arrivo. (DC/al)

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Troppi medici e pochi specialisti, Sigm: rivedere la programmazione

Riflettere seriamente e non sull’onda dell’emotività sui numeri e sulle modalità che regolamentano l’accesso ai corsi di laurea in medicina: l’esigenza è espressa con forza dall’Associazione italiana giovani medici (Sigm) che chiede l’immediata istituzione di un tavolo ministeriale, proprio dopo i recenti pronunciamenti del Tar che hanno riammesso mille studenti all’iscrizione alla facoltà mentre altri cinquemila attendono una decisione in merito. **Andrea Silenzi**, vicepresidente Sigm, teme che si sia aperta una breccia sul numero chiuso; «l’Italia – ricorda – ha il più alto numero di medici per abitante tra i Paesi dell’Unione europea, 3,9 ogni diecimila cittadini considerando solo i medici ufficialmente in attività. È una situazione che ci pone in grave difficoltà, perché da un lato abbiamo un aumento delle immatricolazioni a Medicina e dall’altro non si trovano i fondi per la formazione specialistica e per il corso di Medicina generale, in contrazione cospicua». C’è un serio problema dovuto a database diversi (Fnomceo, Enpam, Regioni e Ministero), che non si parlano e ostacolano l’attività di programmazione e comunque il rischio è quello che i Giovani medici chiamano Pletora Medica 2.0, in ricordo di quella che si era originata negli anni settanta e che aveva poi portato all’istituzione del numero chiuso per riparare ai danni e riportare la situazione a uno stato di normalità. «Si parla di garantire il diritto allo studio, - dice Silenzi - ma deve andare a braccetto con la tutela della salute». L’esponente Sigm sottolinea l’importanza di una data passata un po’ troppo sotto silenzio, il 16 gennaio scorso: «In quel giorno è stata approvata la Direttiva europea che consente la libera circolazione dei professionisti nell’Unione; se non ci sarà un riequilibrio tra i troppi ammessi a Medicina e le poche borse di specializzazione, vedremo accentuarsi il paradosso che già si sta manifestando; importiamo specialisti dall’estero ed esportiamo medici che, dopo essersi formati in Italia, vanno a specializzarsi in altri Paesi, con un drammatico spreco di risorse».

Fimmg: no a certificati di malattia al telefono ma legge Brunetta non va

Il caso del medico di Piacenza condannato a un anno e mezzo di reclusione e 1000 euro di multa perché certificava la malattia a una guardia carceraria al telefono riapre il dibattito sulla severità della legge Brunetta che per “falso ideologico” del mmg prevede la reclusione

fino a 5 anni. Il guardiano approfittava delle assenze per partecipare a un giro di prostituzione e spaccio, e il medico non ha – fin qui - né direttamente constatato né oggettivamente documentato le sue condizioni; se in Appello la corte ribadisce la condanna il medico rischia la radiazione e la fine della convenzione. Dall'esterno le domande sul medico sono tante: dolo? leggerezza? pressione subita? «Non conosco il merito, ma al di là del reato che c'è tutto, il medico che ha come interlocutore un esponente della forza pubblica si sente tranquillizzato, pensa di aver davanti una persona monitorata sui comportamenti morali», riflette il vicesegretario Fimmg **Silvestro Scotti**. «Per me che sono “di parte” questa può essere un'attenuante; ma il mio collega deve dire no. Diverso è se pensa di subire pressioni ingiustificate, e di trovarsi in una posizione di debolezza. Qui deve denunciare, magari dopo aver finto di assoggettarsi. Ciò detto, i problemi sulla legge del 2009 restano. Il legislatore ha condizionato l'accesso al trattamento a un'azione ispettiva del medico curante, azione non sempre agevole neanche visitando il paziente: si pensi ai casi di emicrania ricorrente, talora invisibile pure agli esami clinici. A volte ci si trova a decidere in poco tempo di un pilota o di un conducente che ha bisogno delle migliori condizioni psicofisiche per non far danni». Serve una legge più flessibile? «Si può moralizzare in altro modo. Fimmg – ricorda Scotti - sta combattendo una battaglia ai tavoli con Confindustria e regioni perché parte della malattia, i primi tre giorni, sia autocertificata dal lavoratore. L'autocertificazione può contenere elementi moralizzatori: si pensi che i lavoratori Usa – peraltro tutelati da un sistema diverso - maturano i giorni di malattia come gli italiani le ferie. Se “sforano”, il rimborso è parziale. Così il sistema dissuade da mistificazioni, e risolve l'eventuale deriva di un rapporto fiduciario in un rapporto troppo confidenziale».

Stamina, esperti d'accordo: non può esistere medicina giudiziaria

«Bisogna vietare ai giudici di ordinare terapie inesistenti. Non può esistere la medicina giudiziaria». Lo rileva **Paolo Bianco**, direttore del Laboratorio cellule staminali dell'Università Sapienza di Roma con riferimento al caso Stamina. Bianco chiama in causa l'Ordine dei medici perché è «inconcepibile» che «non si opponga». Ma l'Ordine, spiega a Doctor33 il segretario della Federazione Luigi Conte può poco contro l'ordinanza di un giudice. «Il nostro codice deontologico è complementare» spiega «ma vige la legislazione corrente in base alla quale quando c'è l'ordinanza del giudice è difficile sottrarsi. Certo» continua Conte «ci si può appellare alla clausola di coscienza e astenersi nel rispetto delle proprie convinzioni etiche e scientifiche così come all'impossibilità per il medico di attuare terapie “segrete” ma si tratta di terreni scivolosi. Il rischio palese, infatti, è quello del contenzioso giuridico. Di fronte a una prospettiva simile si finisce per abbassare la testa. Ciò detto» conclude il segretario Fnomceo «siamo anche noi contro la deriva della medicina giudiziaria. Forse sarebbe opportuna più prudenza da parte dei giudici e un maggiore rispetto delle altrui professionalità». Su Stamina, mentre viene ufficializzata dai Nas “la cancellazione dall'anagrafe delle Onlus di Stamina Foundation” per “mancanza di personalità giuridica”, bisogna registrare anche la presa di posizione dei medici di famiglia della Simg, che sottolineano come la vicenda Stamina debba essere ricondotta al tema centrale dell'appropriatezza. «Le terapie non efficaci» sottolinea il presidente Simg **Claudio Cricelli** «anche se suscitano compassione, non possono essere rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale, perché verrebbero lesi i diritti di milioni di cittadini. Abbiamo chiesto ai nostri soci di segnalare tutti i casi in cui vengano richiesti trattamenti fuori da qualunque validazione scientifica. Ci impegniamo a spiegare ai nostri assistiti i motivi per cui un farmaco, indipendentemente dal fatto che possa suscitare illusioni, non venga rimborsato.

La regola generale è che siano erogati solo i trattamenti utili ed efficaci».

Valori etici ed economici, Bianco: sanità futuro dovrà conciliarli

«La salute è davvero un terreno in cui si gioca la produzione di valore sotto i più diversi aspetti»: intervenendo al convegno “Salute, visione di valore” organizzato da Edra la scorsa settimana a Milano, il senatore e presidente Fnomceo **Amedeo Bianco**, ha approfondito la visione di un sistema sanitario che, tra i molti difetti, si configura tuttavia come prototipo dell’innovazione. Valori tecnici ed economici dunque, che si aggiungono a quelli civili ed etici tipicamente associati alle attività mediche e sanitarie; Bianco ricorda che sulla sanità convergono molti settori di sviluppo della tecnologia, a cominciare dall’Ict, e che l’evoluzione del sistema va letta nel quadro di una fase estremamente critica dal punto di vista economico, in cui l’investimento pubblico è fortemente diminuito e quello privato non è particolarmente cresciuto. Secondo Bianco, «ci stiamo giocando una partita in cui si deciderà se il sistema sanitario dovrà ridimensionarsi e rimodellare i suoi valori (si comincia a sentir parlare di universalismo selettivo!) oppure conservare in modo forte e chiaro la sua vocazione; fa piacere che a livello europeo si stia affermando l’idea che proprio nei momenti di crisi economica bisogna investire in salute, perché è uno stimolo alla crescita, privilegiando semmai quelle aree in cui può essere più rapido il ritorno in termini di ripresa di tutto il sistema». Meno chiari appaiono gli orientamenti dell’annunciato patto della salute italiano, ma il presidente della Federazione degli ordini, ritiene che in Parlamento via sia una lettura condivisa sul fatto che il sistema sanitario debba affrontare le sfide in modo laico e non ideologico e permettere la ricostruzione forte dei valori di un settore che tocca tutti i diritti costituzionalmente protetti della persona. Bianco cita a questo proposito la riforma portata avanti negli Stati Uniti da Barack Obama, che ha dovuto affrontare il problema duplice di tutelare il diritto alla salute di decine di milioni di americani, ma anche di modificare un sistema che toccava il 16% del Pil e rappresentava un costo importante anziché costituirsi come motore di sviluppo.

DIRITTO SANITARIO Fornire "chiarimenti del caso" non prova corretta informazione

Il fatto

In seguito ad un incidente sportivo, un uomo ha sviluppato una sintomatologia dolorosa in corrispondenza del rachide lombare, irradiantesi all'arto inferiore destro e sinistro; sottoposti a una Tac vertebrale è emersa "a livello dello spazio intersomatico L5-S1 lieve protusione discale posteriore mediana che impronta modicamente il sacco durale". Stante il persistere della patologia, non regredita nonostante la terapia farmacologica e fisioterapica, si è reso necessario un intervento chirurgico per la liberazione delle radici nervose lombari, mediante una laminectomia e foraminotomia bilaterale, in quanto la diagnosi di ingresso in Ospedale è stata "stenosi foraminale lombare multilivello" (degli ultimi 4 forami di coniugazione lombari).

Profili giuridici

Il Ctu incaricato nel corso del giudizio ha evidenziato che i sanitari sono incorsi in un errore diagnostico con conseguente non corretta scelta dell'intervento da eseguire; inoltre,

all'interno della cartella clinica non si è rinvenuto alcun modulo di consenso scritto alla prestazione chirurgica. Durante il giudizio, la difesa del sanitario ha cercato di supplire alla omissione documentale attraverso le prove testimoniali, ma il giudice ha ritenuto che non fosse possibile trarre elementi di prova dalla deposizione dei testi, attesa la loro estrema genericità in ordine all'oggetto delle informazioni rese al paziente. Infatti, affermare di aver reso "tutti i chiarimenti del caso", comporta l'uso di una locuzione talmente soggettiva da essere inutilizzabile al fine del decidere, in quanto il grado di esaustività delle informazioni non può essere valutato dal teste, ma deve poter emergere dai fatti da esso riferiti. Altrettanto inutile è stata considerata la testimonianza di un collaboratore del medico che si è limitato a dichiarare che il sanitario è solito mettere a conoscenza i pazienti sul tipo di intervento da eseguire ed ha riferito di aver assistito ad un colloquio con un parente in cui spiegava l'esatta natura dell'intervento. Circostanza del tutto irrilevante, tenuto conto che il dovere di informazione deve essere assolto nei confronti del paziente e non di un suo congiunto.

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Ecco la mano bionica che 'sente' gli oggetti. Caldo, freddo, consistenza, come una mano vera

Testata con successo in Italia la prima protesi in grado di trasmettere sensazioni tattili al cervello. E' frutto di una ricerca internazionale che vede capofila il nostro Paese. I risultati pubblicati ieri su Science Translational Medicine. I dettagli disponibili anche in questo documento

Ha funzionato! Per la prima volta al mondo la comunicazione tra cervello e mano artificiale è una realtà. Grazie a un complesso sistema di impulsi tra centro e periferia, è stato possibile realizzare la prima mano bionica indossabile capace di muoversi, ma anche di trasmettere sensazioni tattili e di "sentire" forma e consistenza degli oggetti presi. La sperimentazione che si chiama LIFEHAND2 ed è frutto di un progetto internazionale che vede in prima linea il nostro paese. Ne hanno fatto parte medici e bioingegneri dell'Università Cattolica-Policlinico Agostino Gemelli di Roma, dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e dell'IRCSS San Raffaele di Roma. Fanno parte del gruppo l'Ecole Polytechnique di Losanna e l'Istituto IMTEK dell'Università di Friburgo. L'eccezionalità della ricerca è stata pubblicata, oggi 5 febbraio, sul nuovo numero della prestigiosa rivista *Science Translational Medicine*.

La storia inizia nel 2004 quando a Capodanno **Denis Aabo Sorensen**, danese di 36 anni, subì l'amputazione della mano sinistra, distrutta dallo scoppio di un pedardo. Prima una protesi estetica, poi l'inizio della fase sperimentale della ricerca che in circa 10 anni ha consentito il ripristino sensoriale del sistema nervoso del paziente amputato, attraverso l'utilizzo dei segnali provenienti dalle dita sensorizzate della protesi. "Un'esperienza stupenda- racconta Dennis- che mi ha consentito di tornare a sentire la consistenza degli oggetti, capire se erano duri o morbidi e di avvertire come li stavo impugnando". "Nel 2013- dice il Prof **Eduardo Marcos Fernandez** neurochirurgo al Policlinico Gemelli di Roma - in un intervento durato più di otto ore, abbiamo impiantato nei nervi mediano e ulnare del suo braccio, quattro sottilissimi elettrodi intraneurali, in modo da moltiplicare la loro possibilità di contatto con le fibre dei nervi e di conseguenza la loro capacità di

comunicazione con il sistema nervoso centrale”. In otto giorni di esercizi, Dennis è stato in grado di riconoscere la consistenza di oggetti duri, intermedi e morbidi in oltre il 78 per cento di prese effettuate. Nell’88 per cento dei casi ha definito correttamente le dimensioni degli oggetti, localizzandone la posizione rispetto la mano , riuscendo a dosare con precisione non molto lontana da quella di una mano, la forza necessaria per applicarla.

“In sostanza - commenta a *Quotidiano Sanità* **Paolo Rossini**, Direttore dell’Istituto di Neurologia dell’Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma - non abbiamo fatti altro che fare un’operazione ecologica ripristinando quello che c’è in natura. Quando c’è un’amputazione sappiamo che tutta una serie di fibre nei nervi del moncherino si degenerano. La nostra speranza era che fosse rimasta qualche traccia di sensibilità in modo da poterla collegare al cervello. Abbiamo- prosegue il neurologo- verificato quello che poi è successo, ovvero il pieno controllo dei feedback provenienti dalla protesi, la preservazione della funzionalità e la riorganizzazione della neuro plasticità del suo cervello in modo da consentirgli il controllo della mano robotica. Ci sentiamo - aggiunge ancora Paolo Rossini - come i primi astronauti lunari che spinto, il bottone hanno fatto partire l’astronave da cui non si poteva tornare indietro”.

“La sperimentazione appena conclusa - dice a *Quotidiano Sanità*, il Prof **Eugenio Guglielmelli**, Direttore del Laboratorio di Robotica Biomedica dell’Università Campus Biomedico di Roma - apre importanti futuri scenari in quanto queste interfacce neuronali consentono una via di comunicazione diretta e bidirezionale con il cervello e possono trovare applicazione in campi diversi da quella protesica, penso alla riabilitazione e a tutte le tecnologie legate alla assistenza alla persona. Maggiore è la complessità di sensazioni e movimenti,più sarà importante definire algoritmi in grado di assegnare alcuni compiti al cervello e altri che possono essere delegati all’intelligenza artificiale montata sulla mano”. E proprio sugli algoritmi ha lavorato il gruppo di lavoro coordinato dal Prof **Silvestro Micera**, docente di bioingegneria presso l’Istituto di Robotica della Scuola Superiore di Sant’Anna di Pisa e presso l’Ecole Polytechnique Federale di Losanna“ .

Questi algoritmi dice il Prof Micera, hanno la funzione di trasformare in un linguaggio comprensibile al cervello, le informazioni provenienti dalla mano artificiale. Il paziente - precisa Micera - ha svolto esercizi, bendato ,riuscendo a modulare in tempo reale, la forza e a riconoscere le varie proprietà di questi oggetti grazie unicamente all’invio delle informazioni sensoriali dalla protesi al suo sistema nervoso. E’ la prima volta che si realizza qualcosa di simile”.

Finanziato dall’Unione Europea e dal Ministero della Salute Italiano, ente capofila l’IRCCS San Raffaele-Pisana di Roma, LifeHand2 è il proseguimento di un programma di ricerca iniziato cinque anni fa,che consentì la realizzazione della protesi biomeccanica Cyberhand in grado di rispondere, per la prima volta al mondo, ai comandi di movimento impartiti dal cervello al paziente, ma che non restituiva alla persona alcuna sensazione.

Sclerosi multipla. L’UE approva il Tecfidera. Riduce le recidive e rallenta la progressione della disabilità

Approvato come trattamento orale per i pazienti con la forma della malattia recidivante-remittente. Dagli studi, oltre a risultati positivi, un buon profilo di tollerabilità e sicurezza. Nelle prossime settimane, la Biogen Idec avvierà la commercializzazione del farmaco nei primi paesi europei

La Commissione Europea ha approvato come trattamento orale per i pazienti con sclerosi multipla recidivante-remittente (SMRR), la forma di sclerosi multipla più comune. Negli Stati Uniti è divenuto la prima terapia orale per la SM recidivante (dopo l'approvazione nel marzo 2013), come riporta la società Biogen Idec, che nelle prossime settimane inizierà a commercializzare il farmaco nei primi paesi dell'Unione Europea. A settembre 2013, i pazienti trattati a livello globale erano 35mila, in base ai dati dell'azienda.

“Da medico, conosco molto bene le difficoltà che i miei pazienti hanno nel gestire la propria SM. In molti casi, TECFIDERA può diminuire queste difficoltà, in quanto consiste in una terapia orale che si è dimostrata in grado di ridurre efficacemente l'attività della malattia, garantendo nel contempo un profilo di sicurezza favorevole”, ha dichiarato **Ralf Gold**, M.D., professore e capo del Reparto di Neurologia del St. Josef- Hospital/Ruhr University di Bochum in Germania, nonché ricercatore principale dello studio DEFINE. “Inoltre, l'esperienza positiva che abbiamo avuto con TECFIDERA nel corso dell'esteso programma clinico mi rende fiducioso per quanto riguarda i benefici che questa terapia orale può offrire ai miei pazienti che vivono nell'Unione europea”.

L'approvazione da parte della Commissione Europea si basa su un programma di sviluppo clinico che include due trial clinici globali di Fase 3, il DEFINE e il CONFIRM, e uno studio di estensione tuttora in corso, l'ENDORSE, in cui alcuni pazienti vengono seguiti per un periodo di oltre sei anni. In base a tali studi, è stato clinicamente dimostrato, riporta la società, che TECFIDERA riduce in modo significativo i parametri di attività di malattia, tra cui le recidive e lo sviluppo di lesioni cerebrali, e rallenta la progressione di disabilità, dimostrando nel contempo un profilo favorevole di tollerabilità e sicurezza.

Secondo il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (Summary of Products Characteristics, SmPC), la dose iniziale di Tecfidera è di 120 mg due volte al giorno per via orale. Dopo sette giorni, la dose deve essere aumentata a 240 mg due volte al giorno.

Ma qual è il meccanismo di azione del farmaco? Si ritiene, afferma la Biogen Idec, che TECFIDERA sia in grado di offrire un nuovo approccio al trattamento della SM attraverso l'attivazione della via dell'Nrf2; tuttavia non è ancora del tutto chiaro il suo preciso meccanismo di azione. Questa via rappresenta per le cellule del corpo un sistema di difesa contro l'infiammazione e lo stress ossidativo causato da condizioni come la SM.

Nel 2013, inoltre, il farmaco è stato approvato in Canada e in Australia, come riferisce la società. Si tratta della quarta terapia contro la sclerosi multipla messa a disposizione dalla Biogen Idec, un'azienda biotech che sviluppa e produce terapie per il trattamento delle malattie neurodegenerative.

SOLE24ORE/SANITA'

Iscrizioni a medicina, odontoiatria e veterinaria: il ministero dell'Istruzione pubblica i bandi. Meno posti (per ora) ed esami ad aprile

Dal 12 febbraio all'11 marzo dovranno essere presentate solo on line le domande di partecipazione ai test d'accesso ai corsi di laurea ad accesso programmato a livello nazionale.

E quest'anno, anche se l'indicazione è provvisoria, i posti a medicina sono meno dello scorso anno accademico: 7.918 più 351 per gli studenti non comunitari non soggiornanti. Per odontoiatria sono 787 più 70 e per veterinaria 632 più 79.

Il ministro dell'Istruzione ha firmato il decreto che stabilisce i contenuti e le modalità di svolgimento delle prove. I primi a cominciare, l'8 aprile, saranno gli aspiranti medici. Anche in questa tornata restano 60 i quesiti a cui i candidati dovranno rispondere in 100 minuti.

Le prove di ammissione ai corsi di laurea ad accesso programmato a livello nazionale (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Medicina Veterinaria, corsi finalizzati alla formazione di Architetto, Professioni sanitarie) da quest'anno si svolgeranno nel mese di aprile, fatta eccezione per i corsi delle professioni sanitarie. Un anticipo deciso - ricordano al ministero - per allineare l'Italia alla prassi di altri paesi, con il doppio scopo di favorire l'ingresso di studenti stranieri e di consentire il tempestivo avvio dei corsi sin dall'inizio dell'anno accademico. L'anticipazione consente inoltre a chi non dovesse superare le prove di valutare attentamente una scelta alternativa.

I quesiti

Anche per i test relativi all'anno accademico 2014-2015 restano 60 i quesiti a cui i candidati dovranno rispondere in 100 minuti, mentre la ripartizione del numero di domande per ciascun argomento è stata modificata in favore del numero dei quesiti delle materie disciplinari. Ad esempio, nel test di medicina e chirurgia e odontoiatria rispetto allo scorso anno i quesiti di cultura generale scenderanno da 5 a 4, quelli di ragionamento logico da 25 a 23, mentre passeranno da 14 a 15 le domande di biologia, da 8 a 10 quelle di chimica. Confermate le 8 domande di matematica. Infine, come previsto dal decreto «L'Istruzione riparte», il cosiddetto bonus maturità è abolito, dunque non è previsto alcun punteggio per la valorizzazione del percorso scolastico.

La tempistica

Le domande di partecipazione alle prove andranno presentate esclusivamente on line attraverso il portale University (www.university.it). L'iscrizione alle prove si potrà effettuare dal 12 febbraio e fino alle 15.00 dell'11 marzo. I risultati dei test saranno pubblicati il 22 aprile 2014 per medicina e chirurgia-odontoiatria, il 23 aprile per veterinaria e il 24 aprile per architettura. La graduatoria di merito nazionale sarà pubblicata il 12 maggio.

Novità di quest'anno: viene introdotto un tempo limite per la chiusura della graduatoria di ammissione ai corsi (1 ottobre 2014). Dal 12 febbraio, inoltre, sarà attivato un call center presso il Cineca (051/6171959) per le informazioni relative alle procedure di iscrizione al test e al funzionamento della graduatoria. Il call center sarà attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.00.

Il calendario delle prove

I primi a cimentarsi con i test saranno l'8 aprile gli aspiranti camici bianchi (medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, in lingua italiana).

Il giorno dopo toccherà a veterinaria. Il 10 aprile l'appuntamento è per chi vuole iscriversi ad architettura mentre il 29 aprile è in calendario il test per medicina e chirurgia in lingua inglese. Per le professioni sanitarie, invece, la prova si farà il 3 settembre.

I posti messi a bando

In allegato al decreto le tabelle relative ai posti disponibili per medicina, odontoiatria e veterinaria, da ritenersi provvisori in attesa della definizione del fabbisogno nazionale

comunicato annualmente dal ministero della Salute che lo scorso anno ne aveva chiesti oltre 11mila e alla fine ne erano stati messi a bando quasi 10mila. Per i corsi finalizzati alla formazione di architetto, invece, i posti banditi saranno definiti provvisoriamente dagli atenei nel rispetto del limite massimo dell'80% di quelli assegnati nell'anno accademico 2013/2014 anno in cui si è registrato in molte sedi un numero di immatricolazioni inferiore ai posti disponibili. Il numero definitivo dei posti sarà stabilito per tutti i corsi con i successivi decreti di programmazione che saranno emanati entro l'11 marzo, prima della fine delle iscrizioni alle prove. Per il test relativo al corso di laurea in medicina in lingua inglese sarà predisposto un apposito decreto.



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584