

RASSEGNA STAMPA

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

DALL'ITALIA

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Spesa farmaceutica Ssn. Farmacia e territorio: più ricette e ticket, ma la spesa cala. Ospedale: solo tre regioni non sfondano il tetto

Pubblicato il rapporto Aifa per il 2013. Continua il calo della spesa territoriale. Ma il ticket aumenta. Mentre in ospedale la spesa continua a crescere e solo Sicilia, Valle d'Aosta e Provincia Autonoma di Bolzano hanno rispettato il tetto del 3,5%. A livello complessivo il maggiore sfondamento per Puglia e Lazio. IL RAPPORTO AIFA.

Nel corso del 2013 in Italia la spesa farmaceutica ha raggiunto complessivamente quota 16 miliardi e 630 milioni, registrando uno scostamento totale di quasi 828 milioni rispetto al tetto del 14,85%. Il disavanzo nei confronti della soglia fissata è dovuto quasi interamente alla spesa ospedaliera (oltre 765 milioni) e in misura nettamente inferiore a quella territoriale (poco meno di 63 milioni). E' quanto emerge dal monitoraggio a consuntivo sul 2013 effettuato dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa).

Spesa farmaceutica ospedaliera: solo tre Regioni rispettano il tetto di spesa

Sicilia, Valle D'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano hanno rispettato il limite del 3,5% assegnato a ciascuna area, tenendosi sotto la soglia rispettivamente di 5 mln, 1mln e 694mila euro. Per tutte le altre regioni arriva una bocciatura che riguarda in particolar modo Toscana (115 milioni) e Puglia (114 milioni). A metà strada si colloca il Molise che manca l'obiettivo per poco più di 2 mln. In termini complessivi la spesa farmaceutica ospedaliera italiana raggiunge quota 4 miliardi e 489 milioni.

Spesa farmaceutica territoriale: sono di più le Regioni diligenti

In questo caso il tetto fissato è del 3,5% per regione e sono in nove a non rispettarlo. La più negligente è la Sicilia che si discosta di quasi 144 mln, a seguire Lazio e Campania che mancano l'obiettivo rispettivamente di 132 e 130 mln. La Lombardia è invece quella che si mantiene sotto la soglia con il maggior distacco (164,6 mln), a ruota Emilia Romagna (123 mln) e Veneto (119 mln). Il computo su scala nazionale evidenzia una spesa farmaceutica territoriale pari a 12 mld e 140 mln.

Il dato aggregato: maglia nera per Puglia e Lazio

Sommando i due livelli, ospedaliero e territoriale, lo sfioramento più marcato rispetto al parametro complessivo del 14,85% riguarda la Puglia (114 mln), poi Lazio (193), Campania (148,3), Sicilia (138,6) e Sardegna (111,7). Sotto il tetto, invece, primeggia la Lombardia (-

104 mln) che precede Veneto (- 81), Emilia Romagna (- 35), P.A di Trento (- 21) e di Bolzano (- 19), Valle d'Aosta (- 3).

In flessione la spesa in farmacia

Nel 2013 la spesa farmaceutica convenzionata ha segnato complessivamente 8,86 miliardi, evidenziando una diminuzione di 122,5 milioni rispetto al 2012, pari a -1,4%. Ai due estremi della forbice si posizionano Marche e Sardegna: nella prima emerge una crescita del +2,4%, nella seconda una contrazione del -7,4%. Segno positivo anche per Puglia, Campania, Lazio, Abruzzo e Umbria: nessuna, comunque, mostra una crescita superiore all'1%. Da segnalare poi il calo dei consumi in Emilia Romagna (-3,7%) e in Sicilia (-3,1%).

Cresce il numero di ricette

Nel 2013 ne sono state prescritte 607,8 milioni, cioè 15,2 mln in più rispetto all'anno precedente (+2,6%). L'aumento, che accomuna tutte le regioni italiane, è stato trainato da Marche (+3,9%), Campania (+3,8%) e Puglia (+3,7%). Le uniche due realtà a mostrare un aumento inferiore all'1% sono Basilicata (0,8%) e Liguria (0,5%).

In aumento anche i ticket

L'Aifa precisa che questa voce include la spesa sostenuta dal cittadino per ogni forma di compartecipazione a suo carico, per l'acquisizione di medicinali erogati in regime di assistenza convenzionata. In questo caso la spesa si attesta a 1,436 mld, determinando un aumento di 30 milioni nel confronto con il 2012, pari a un +2,1%. La forbice è molto ampia dato che si passa dal +12,2% della Basilicata al -1,7% della Provincia Autonoma di Trento. Espansione notevole per la Toscana (+6,6%), mentre anche Campania, Abruzzo, Lazio e Marche oltrepassano il 3%.

Chirurgia. Acoi fa il punto su qualità e sicurezza. Presenti: "Abbiamo fatto molto, ma c'è ancora da fare"

Nel 2008 venne presentato il progetto "Qualità e Sicurezza del percorso chirurgico", nel 2009 l'Associazione partecipò allo sviluppo del progetto "Sicurezza in chirurgia" della Regione Lombardia e nel 2013, insieme ad Agenas, si sta concretizzando un progetto sviluppato in un percorso di autovalutazione, monitoraggio e misurazione della adozione della "Checklist di sala operatoria"

Il tema della ricerca della qualità e della sicurezza in sanità è al centro dell'attenzione da molti anni e in prospettiva appare elemento essenziale per realizzare non solo un migliore servizio, ma anche per destinare più selettivamente le risorse, per selezionare programmi pubblici capaci di incidere in modo significativo sulle strutture di offerta, favorendo non solo una migliore appropriatezza nel trattamento dei casi, ma anche una selezione opportuna degli erogatori in base al livello di qualità dei servizi offerti. In altri termini, i sistemi di miglioramento della qualità rappresenteranno nel futuro il fulcro per realizzare un effettivo cambiamento strategico. In questa direzione l'Acoi ha fortemente voluto avviare una riflessione sui sistemi di miglioramento della qualità in campo sanitario che si sono sviluppati in questi anni e che possono divenire un utile punto di partenza per realizzare questo obiettivo. La chirurgia Italiana, molto aperta alle trasformazioni tecnologiche, dà di sé troppo spesso una immagine di alta rischiosità, di qualità e sicurezza assai poco percepite.

Pertanto l'Acoi non poteva limitare la propria 'mission' alla attività di formazione tecnica, ma doveva porsi come promotrice, garante e valutatrice della qualità e della sicurezza della chirurgia italiana, proponendo nuovi modelli formativi più comprensibili, più percepibili da tutti e non solo dagli addetti ai lavori. Tutto questo sia per il professionista, preparando così il nuovo chirurgo del futuro, sia per le organizzazioni. Ma per fare questo bisognava introdurre concetti nuovi, in particolare il concetto di "valutazione", proponendoci come una Joint Commission Italiana, e utilizzare competenze formative che non erano patrimonio del nostro "know how". Per avere una percezione reale della qualità e della sicurezza di un sistema è inevitabile darne una valutazione. La qualità del sistema deve essere "misurabile", "riproducibile", "accettabile", congruente", "specificata". Solo così può essere percepibile.

Il punto critico poteva essere quello di coinvolgere le strutture in programmi di "accreditamento professionale" che avrebbe potuto introdurre occasioni di sperimentazione e di sviluppo, specie dove le istituzioni non fossero in grado di fornire risposte soddisfacenti. C'era bisogno di introdurre una nuova metodologia fortemente innovativa. Siamo stati i primi a focalizzare l'attenzione sulla sicurezza negli ospedali proponendo nel 2002 il primo Congresso a Roma, nel Centro Congressi Del Santuario del Divino Amore "L'Ospedale sicuro. Imparare dall'errore". A questo sono seguite ripetute sessioni nei Congressi Nazionali dedicate alla Gestione del Rischio Clinico che quantomeno hanno avuto il merito di focalizzare l'attenzione sul problema.

Nel 2008 presentammo al Ministro Fazio il progetto "Qualità e Sicurezza del percorso chirurgico". Grande fu l'interesse e l'attenzione del Ministro, tant'è che Acoi è divenuto partner di Agenas per i progetti di Sicurezza in chirurgia. Con il progetto Q&S, concretizzato con la partnership dell'Area Sanità del Politecnico di Milano e di Cittadinanzattiva, Acoi proponeva un nuovo modello di organizzazione che potesse consentire non solo di assicurare processi medici adeguati agli standard più elevati di qualità, ma soprattutto di alimentare di continuo le condizioni perché ciò potesse continuare ad avvenire. Naturalmente per fare tutto ciò bisognava assicurare alcune necessità quali la tutela degli operatori attraverso una rivisitazione di aspetti giuridici, la promozione del coinvolgimento dei cittadini, la garanzia di assoluta trasparenza del sistema. Il progetto ha riguardato 46 Aziende Sanitarie stratificate su tutto il territorio nazionale e ha consentito di estrapolare dati di estremo interesse in fase ancora di valutazione dinamica. Abbiamo partecipato nel 2009 allo sviluppo del progetto "Sicurezza in chirurgia" della Regione Lombardia. In occasione di questo evento abbiamo dato vita ad una innovativa collaborazione intersocietaria incentrata sulla ricerca di sicurezza nella sala operatoria con Aico (infermieri di sala operatoria), Aiic (Ingegneri clinici), Siaarti (Anestesisti e rianimatori), Sic (Società Italiana di chirurgia) dando vita al Tiiso (Tavoli intersocietario interprofessionale per la sicurezza della sala operatoria) che ha già prodotto un documento significativo sulle modalità di acquisizione delle tecnologie.

Con Agenas, dopo una riunione nella quale l'allora Direttore Fulvio Moirano diede mandato al Direttore del settore Qualità e Accredimento Gianni Caracci, di relazionarsi con Acoi per concretizzare obiettivi comuni di attività in qualità e sicurezza, abbiamo posto in essere una sperimentazione di visita di valutazione sulle buone pratiche segnalate nella "Call" di Agenas. Nel 2013 Agenas e Acoi stanno concretizzando un progetto di "Sicurezza in chirurgia" sviluppato in un percorso di autovalutazione, di monitoraggio e misurazione della adozione della "Checklist di sala operatoria" con susseguente proposta formativa per

indurre e valutare il miglioramento dei risultati. Abbiamo fatto molto, ma c'è ancora molto da fare.

Luigi Presenti

Presidente Acoi

Associazione chirurghi ospedalieri italiani

Niente fumo, meno alcol e poco sale. Risultato: 37 milioni di morti evitate. Le tre mosse, targate ONU, validate da uno studio su Lancet

Meno morti per cancro, diabete e malattie polmonari e cardio vascolari. Un obiettivo raggiungibile entro il 2025 se si seguiranno i consigli dell'Onu. Lo conferma un'analisi dell'Imperial College di Londra, in collaborazione con l'Oms e le Università di Toronto e Auckland, pubblicata su Lancet e discussa al congresso mondiale di cardiologia in corso a Melbourne.

Colpire al cuore i fattori di rischio, raggiungendo gli obiettivi fissati dalle linee guida Onu, potrebbe salvare 37 milioni di vita tra il 2010 e il 2025, strappandole ai 'soliti noti' tra i *big killer*: malattie cardiovascolari, tumori, diabete e malattie polmonari. E' la conclusione alla quale giunge uno studio dell'*Imperial College* di Londra, condotto in collaborazione con l'Oms, l'Università di Toronto e quella di Auckland, appena pubblicato su *Lancet*. I fattori di rischio per queste patologie sono diversi, ma è dalla correzione dell'ipertensione e dallo smettere di fumare che gli esperti prevedono che potrebbero derivare i maggiori benefici per la salute.

Nel 2011 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite si è posta l'obiettivo di ridurre la mortalità derivante dalle quattro principali malattie croniche, mettendo a punto degli obiettivi, relativi ai fattori di rischio chiave: fumo, alcol, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, consumo di sale. I ricercatori dell'*Imperial College* hanno dunque analizzato quale impatto potrebbe avere il centrare gli obiettivi per ogni singolo fattore di rischio, sulla mortalità derivate dalle quattro principali malattie croniche che, dai 28 milioni di morti causati nel 2010, stanno galoppando verso i 39 milioni di decessi stimati per il 2025.

Raggiungere gli obiettivi prefissati per i sei fattori di rischio individuati dalle Nazioni Unite, significherebbe invece ridurre del 22% tra i maschi e del 19% tra le femmine i decessi prematuri derivanti dalle patologie croniche, entro il 2025; il che significherebbe risparmiare 37 milioni di vite tra il 2010 e il 2025, di cui 16 milioni tra gli *under 70*.

I *target* indicati dalle Nazioni Unite prevedono: una riduzione dei fumatori del 30%, tagliare del 10% il consumo di alcol e del 30% il sale nella dieta. Ma portando il *target* del *no smoking* al 50% - sostengono gli autori dello studio - consentirebbe di abbattere la mortalità da malattie croniche tra gli uomini del 25% (arrivando così a centrare l'obiettivo '25 x 25', cioè una riduzione del 25% della mortalità entro il 2025) e tra le donne del 20%, facendo salire a 43 milioni le vite salvate, entro il 2025.

I benefici maggiori dal raggiungimento di questi *target* si andrebbero a registrare nelle nazioni più povere e l'impatto principale della riduzione dei fattori di rischio sarebbe inoltre a carico delle malattie cardiovascolari e delle malattie croniche polmonari, con oltre il 25% della riduzione di morti premature derivanti da ciascuna di queste condizioni. Raggiungere

gli obiettivi prefissati per questi fattori di rischio, consentirebbe inoltre anche di arginare la marea montante dei casi di diabete nel mondo.

“La *World Heart Federation* - commenta il **Professor K. Srinath Reddy**, Presidente della *World Heart Federation* - applaude questo focus sui fattori di rischio per raggiungere l’obiettivo '25 x 25' e prevenire così decine di migliaia di morti. Saremo di particolare supporto all’ambizioso obiettivo di ridurre il numero dei fumatori e consideriamo prioritari i *target* di prevenzione secondaria, ipertensione e fumo indicati dall’OMS, come parte dell’impegno della WHF per il programma '25 x 25'. I *leader* mondiali dell’OMS e della comunità cardiologica, compresi gli autori dello studio pubblicato su *Lancet*, prenderanno parte nei prossimi giorni al *summit* sulla prevenzione cardiovascolare, nell’ambito del *World Congress of Cardiology*, in corso a Melbourne (Australia) dal 4 al 7 maggio, per costruire una *roadmap* di iniziative da parte della comunità cardiologica, mirate a raggiungere questi importanti obiettivi”.

DOCTORNEWS33

Università, Anaa: per programmare posti urge registro specialisti

Un registro nazionale e pubblico di tutti i medici specialisti, classificati per specialità e per tipo di occupazione, classi di età e per regione, gestito dai ministeri di Università e Salute con dati affluenti ogni 3 mesi da atenei, regioni (Asl più ospedali) ed Enpam, e destinati ai ministeri di Economia e Lavoro per la programmazione: lo chiede con una petizione su change.org il sindacato dei medici ospedalieri Anaa Assomed, per programmare correttamente numero chiuso e contratti di formazione specialistica. Quest’anno sono entrati circa 10 mila nuovi studenti a medicina ma in uscita c’è posto per 3500 specializzandi; proseguendo con tale proporzione, due terzi dei laureati verrebbero persi dal Servizio sanitario nazionale alla faccia della selezione fatta con il numero programmato (che difatti è in discussione). Anaa accusa: oggi sono troppi gli strumenti di censimento e i dati sono sfalsati nel tempo; mentre studenti universitari e specializzandi sono censiti dal Ministero dell’università, gli abilitati sono censiti dal Cineca e il possesso di un lavoro tra gli abilitati è censito a 1-3-5 anni da Alma Laurea. «Non c’è una comunicazione scorrevole a queste istituzioni; non c’è tra di esse (Alma Laurea non chiede a chi lavora dove è specializzato e cosa fa, e a chi non lavora da dove viene); e non c’è una programmazione delle date tra esami per il diploma liceale e il test d’ingresso in ateneo da una parte e tra laurea, abilitazione e ingresso alla specializzazione dall’altra», spiega Domenico Montemurro, consigliere Anaa. «L’abilitazione si fa in due sessioni a febbraio e luglio, il test per la specialità è slittato a ottobre ma prima era a luglio e prima ancora ad aprile- marzo; gli slittamenti accrescono i tempi d’inoccupazione dei nuovi medici e non permettono di fare turn-over adeguato: se si sposta in avanti la data cambiano i numeri dei pensionandi da sostituire, e il fabbisogno stabilito si rivela insufficiente. Inoltre – continua Montemurro – si favorisce l’eventualità che un laureato tenti la sorte iscrivendosi a più specialità con costi crescenti per il Ssn. Credo il governo abbia interesse ad una banca dati centrale alimentata in continuo anziché a ricerche frammentarie». Il registro scongiurerebbe inoltre ipotesi come quella del ministro dell’Università Stefania Giannini di sostituire il numero

programmato con un sistema francese: «In Francia, per dirne una, la selezione avviene non in entrata ma al secondo anno ed è dura al punto che alla fine i francesi vengono a chiedere i medici a noi. A monte anche loro hanno difficoltà a programmare, e il rimedio –dice Montemurro - non è nella selezione ma nel sapere di quante e quali forze dispone il sistema salute, quanti escono e quanti di conseguenza dovrebbero entrare».

SOLE24ORE/SANITA'

Cure di fine vita, la guida «moderata» del Consiglio d'Europa

Autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia. Sono questi i quattro principi base che, secondo la commissione di bioetica del Consiglio d'Europa, devono ispirare i trattamenti medici di fine vita perché sia rispettata in ciascuno dei 47 Paesi membri la Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina.

Autonomia sì, ma non illimitata

Nella [guida ad hoc pubblicata oggi](#), il Consiglio d'Europa ricorda che i quattro principi sono strettamente correlati. Tutto parte dall'autonomia del singolo, che in base all'articolo 9 della Convenzione ha la facoltà di esprimere in anticipo i propri desideri sulla fine della propria vita. Una possibilità che deve essere rafforzata e sostenuta perché è uno degli assi portanti del processo decisionale sui trattamenti futuri.

«L'autonomia - precisa però il documento - non implica il diritto del paziente a ricevere qualsiasi trattamento abbia richiesto, in particolare quando è considerato inappropriato. In realtà le decisioni sull'assistenza sono il risultato di una riconciliazione tra la volontà del paziente e la valutazione della situazione da parte di un esperto, che è tenuto al rispetto dei suoi doveri professionali e in particolare a quelli derivanti dai principi di beneficenza e non maleficenza, così come alla giustizia.

Fare del bene, non fare del male

Beneficenza e non maleficenza sono i due obblighi cardine del medico per massimizzare il beneficio potenziale derivante dalla sua condotta professionale e limitare al massimo i danni che potrebbero derivarne. Applicati ai momenti finali della vita di un paziente si traducono nel dovere, per il camice bianco, di non praticare alcun intervento inutile o sproporzionato e di prendersi sempre cura del malato, alleviando la sua sofferenza.

"Cura" non è soltanto terapia

Prendersi cura di una persona resa fragile dalla malattia non significa soltanto somministrarle una terapia. La guida del Consiglio d'Europa ricorda che il concetto di cura include la risposta ai bisogni dei pazienti anche dal punto di vista del confort e dell'igiene. Per i malati terminali l'obiettivo prioritario del trattamento deve essere quello della qualità della vita. La questione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale è segnalata come «materia di discussione». Ma - avverte la guida - la sete e la fame sono bisogni primari che vanno sempre soddisfatti, a meno che il paziente non rifiuti acqua e cibo.

Giustizia è accesso alle cure palliative

Il diritto di accesso a cure appropriate è tutelato dall'articolo 3 della Convenzione. Alla fine della vita il concetto di giustizia si traduce nel diritto a ricevere cure palliative, che va allargato il più possibile. E che va letto anche come diritto a scegliere dove riceverle, se a casa o in una struttura specializzata.

Il valore delle direttive anticipate

Se il paziente è capace di prendere parte al processo decisionale - si legge nel documento del Consiglio d'Europa - può disegnare un piano di cura con il medico e lo staff. Nessun intervento può essere effettuato senza il consenso del malato.

Più difficili ovviamente i casi in cui i pazienti non sono più nel pieno delle loro capacità cognitive. In queste situazioni assumono valore i desideri espressi in precedenza. Quando esistono in forma scritta e opportunamente autenticate, le direttive anticipate «devono avere la precedenza rispetto a ogni altra opinione non medica espressa durante il processo decisionale (da parte di persone di fiducia, di familiari, di amici stretti ecc.)». E devono essere considerate come uno strumento di dialogo tra il paziente e l'équipe ma non come un vincolo assoluto per il medico. «È largamente accettato - dice la guida - che esistono alcune ragioni che autorizzano i medici a non seguire le direttive dei pazienti. Per esempio, quando sono state formulate troppi anni prima l'arrivo dell'incapacità o quando ci siano stati significativi progressi medici dalla data in cui erano state scritte, progressi che hanno un impatto significativo sul loro contenuto».

Il ruolo dei medici

Centrale, se non primario, il ruolo riconosciuto ai curanti. Perché spetta ai medici informare correttamente i pazienti in ogni fase della malattia. Perché possono aiutare i malati a prendere le decisioni giuste. Perché devono tener conto delle volontà dei pazienti, anche di quelli espressi in precedenza. Perché devono evitare ogni trattamento inutile o sproporzionato.

Una decisione, tre fasi

Il processo decisionale per le cure di fine vita è definito «collettivo» e consta di tre fasi. Una individuale, in cui ogni persona coinvolta forma la propria opinione in base alle informazioni sul paziente e sulla malattia. Subentra poi uno stadio collettivo in cui i familiari, gli amici e gli operatori sanitari scambiano opinioni e discutono. Soltanto dopo, nella fase conclusiva, si prende la decisione. Il malato o il suo rappresentante devono sempre poter accedere alle informazioni che lo riguardano. Problematico resta il caso della sedazione profonda spesso indotta per alleviare o rimuovere una situazione di sofferenza fisica o psicologica intollerabile: poiché può portare alla totale perdita di coscienza o accelerare il decesso, resta una questione controversa.

Più formazione per i medici

La guida sottolinea la necessità di un training specifico per i medici dedicato ai problemi legati alle fasi terminali dell'esistenza. Per imparare a discutere collettivamente e ad affrontare la complessità. Ma anche per prendere decisioni

Test d'ingresso a Medicina, Anaao giovani: no al modello francese, sì a programmazione chirurgica

Il modello francese potrebbe non essere la ricetta giusta per regolamentare l'accesso al corso di laurea in Medicina. A esprimere forti perplessità sull'ipotesi ventilata dalla ministra dell'Istruzione **Stefania Giannini** come alternativa al numero chiuso è Anaao giovani. La selezione "sul campo", da svolgere durante il primo anno di studi, attualmente in vigore in Francia, non consentirebbe infatti per Anaao quella «programmazione chirurgica» dei medici di cui l'Italia ha bisogno.

Per Anaao infatti vanno considerate «le corrette "proporzioni" riguardo ai pensionamenti, evitando ciò che è accaduto nel paese transalpino che in questi mesi è alla spasmodica

ricerca di medici italiani e non. E occorre pensare da subito a una alternativa certa per gli studenti che non riusciranno ad accedere al secondo anno di Corso che non li costringa a "buttare alle ortiche" un intero anno della propria vita».

Il problema risorse e qualità. «L'Università Italiana - continua la nota di Anaaio giovani - non riuscendo con gli attuali finanziamenti a garantire la formazione e i servizi per il primo anno di medicina a una platea di oltre 60mila aspiranti medici, correrebbe il rischio di abbassare sensibilmente la qualità formativa dell'iter di studi. Non vorremmo che la ragione per passare dal sistema attuale, certo migliorabile, al modello francese consistesse nella volontà di trovare un pretesto per aumentare il fondo di finanziamento ordinario universitario (Ffo) e dare respiro alle casse ormai vuote degli atenei italiani».

Numero chiuso ma «programmato». Anaaio Giovani ritiene quindi che il numero chiuso per l'accesso alla professione possa offrire concrete possibilità di lavoro ai giovani medici neolaureati, oggi costretti per anni al precariato senza poter avere accesso alla specializzazione. «A condizione, però - conclude la nota - di una puntuale programmazione del fabbisogno di medici e di specialisti, affinché non si verifichi più la vergognosa attuale disoccupazione di migliaia di colleghi, figlia di calcoli senza rigor di logica, attuati con la pretesa di avere circa 10.000 nuovi medici ogni anno e di fornire solo a meno della metà la possibilità di accedere a un corso di formazione post-laurea. E di un vero cambio di paradigma che chiami il Ssn a svolgere pienamente quel ruolo professionalizzante che la legge gli assegna e regioni e facoltà nei fatti gli negano».

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