

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

MARTEDI' 23 DICEMBRE 2014

LA NUOVA SARDEGNA

Sanità Intervista all'assessore regionale Arru: «Commissari senza padrini, ora il taglio delle Asl»

Undici commissari appena nominati. Cinque ore abbondanti di conclave o quasi per scegliere i traghettatori di otto Aziende sanitarie, delle due universitarie e del Brotzu verso quella che sarà, in primavera o al più tardi d'estate, la «vera e grande riforma». Come il centrodestra a suo tempo, almeno così pare, anche la Giunta di centrosinistra però ha faticato non poco per trovare l'accordo, accontentare tutti, evitare contraccolpi e non finire impallinata.

Assessore Luigi Arru, nella sanità hanno vinto come sempre i partiti?

«Non mi pare proprio. Stavolta hanno pesato l'esperienza e la professionalità di chi è stato nominato».

È sicuro? «Sì e sono soddisfatto. In Giunta abbiamo fatto un ottimo lavoro».

Non sia reticente: il Partito democratico ha conquistato otto poltrone, una a testa Sel, Centro democratico e Partito dei sardi.

«La vicinanza a un gruppo o all'altro di sicuro non è stato il criterio seguito. Mai poteva essere quello dopo che il presidente Francesco Pigliaru aveva detto prima in campagna elettorale e poi quando si è insediato: ora conterà la competenza, molto meno, quasi nulla, l'appartenenza. Ripeto, è stata questa la nostra via maestra. Anzi, l'unica e condivisa sin dall'inizio da tutta la maggioranza di centrosinistra».

Però ogni nomina ha avuto un padrino?

«Non abbiamo nominato undici robot. Ma undici persone con le loro idee. Meglio ancora: sono undici esperti d'alto livello nella gestione della sanità. Non mi pare che nell'elenco ci siano politici di professione. Basta leggere il curriculum di ciascun commissario per capire che sono state solo nomine oggettive, non soggettive e ancora meno pilotate».

Il Pd, suo partito di riferimento, ha fatto la parte da leone e ogni corrente ha piazzato una bandierina.

«Nessuna lottizzazione. Abbiamo puntato solo su professionisti e i buoni risultati arriveranno presto. Tanto che i commenti del giorno dopo sono stati in larghissima parte positivi».

L'operazione "addio partiti" poteva, doveva essere o no più profonda?

«Lo è stata e anche netta. Sarebbe sciocco dire che la politica non è attenta, spesso fin troppo, a quanto accade nella sanità. Ma noi abbiamo spaccato a metà il capello: la maggioranza che governa ha dato e darà, come dev'essere, gli indirizzi, mentre i commissari hanno e avranno il compito di ridurre la spesa e migliorare lo standard dei servizi. Le due funzioni sono ben distinte e con il nuovo Comitato di monitoraggio verificheremo che gli obiettivi siano raggiunti».

Nessuno dei manager nominati dal centrodestra meritava la riconferma?

«Qualcuno aveva dalla sua titoli e risultati tanto da essere riconfermato, ma il taglio col passato doveva essere deciso».

Tessere a parte, a comandare sarà un nuovo partito, quello dei medici, e lei è un medico prestato alla politica.

«Sette su undici sono colleghi, ma sono tutti esperti in gestione sanitaria. Poi, nella mia professione, non ci sono blocchi, c'è molta frammentazione».

Uno dei commissari è il suo capo di gabinetto, Giuseppe Pintor, nominato all'Azienda mista di Sassari: nessun imbarazzo ?

«Abbiamo scelto, anche in questo caso, una persona di grande preparazione ed equilibrio che ha ottenuto il gradimento pieno da parte del mondo accademico».

Ciascun commissario dovrà nominare due direttori: uno sanitario, l'altro amministrativo: sarà un'altra lottizzazione?

«Saranno tutte scelte ponderate e che non aumenteranno i costi. Come prevede la legge, i direttori dovranno essere già dipendenti delle rispettive Aziende sanitarie».

Qual è l'Asl messa peggio?

«Nella contabilità Oristano e Lanusei hanno chiuso bene i loro bilanci e a quei direttori uscenti questo merito va riconosciuto. Sulla qualità del servizio invece c'è ancora molto da lavorare e dappertutto, anche se la nostra sanità pubblica può vantare diverse eccellenze ed è a quel livello che vogliamo portare il resto del sistema».

L'equazione più qualità e meno spesa è un miraggio.

«In questi ultimi anni, sono cresciuti i costi ma non i servizi. Ora abbiamo fissato un tetto massimo per la spesa, non più di 2,9 miliardi, e questo vorrà dire che andremo a recuperare subito una prima e consistente parte dell'attuale disavanzo, 300 milioni».

Come?

«Nei primi quattro mesi, più eventuali altri quattro, spetterà ai commissari individuare gli sprechi, razionalizzare, ottimizzare, cancellare i doppioni, puntare su una nuova organizzazione sempre sostenuta da un forte, coinvolgente, senso civico e professionale. Poi con la Centrale unica d'acquisto, sarà possibile risparmiare subito

dal 5 fino al 20 per cento».

Oltre agli appalti fuori controllo, nelle Asl c'è anche il buco nero delle assunzioni interinali.

«Saranno vietate, anche se va detto che in alcune situazioni sono state necessarie per colmare i vuoti in organico provocati dal blocco delle assunzioni. Purtroppo ci sono stati degli abusi».

C'è anche il pozzo senza fine della spesa farmaceutica.

«Siamo la maglia nera fra le regioni. Qui il disavanzo sfiora i 123 milioni all'anno e dobbiamo ridurlo in fretta. Anche in questo capitolo senso civico e coinvolgimento saranno decisivi. Sia chiaro: è l'intera spesa che non può più crescere. Dal 2015 c'è il pareggio di bilancio e quindi ogni costo in più vorrà dire meno soldi per gli investimenti. Non possiamo permettercelo se vogliamo far uscire la Sardegna dalla crisi».

Quando partirà la riforma vera e propria?

«Se siamo bravi in primavera, altrimenti in agosto. Ma vogliamo comunque accelerare».

Quanti commissari fra otto mesi saranno promossi manager?

«Vedremo»

Quante saranno le Asl?

«Dipenderà dalle legge di riordino degli Enti locali: la base sarà quella».

Azzardi un numero.

«Non scommetto. Potrei dire cinque o quattro, più quella per le emergenze-urgenze, l'Areus, ma anche una sola. Non mi sento di fare previsioni. Dico solo che saranno meno, molto meno, di otto».

Attenzione, i sindaci non accetteranno diktat.

«Giusto. Il rapporto costante con il territorio è un obbligo. Ascolteremo tutti».

Anche per la rete ospedaliera servirà il massimo della concertazione.

«Il riordino è pronto e lo valuteremo con i sindaci. Da 6.174 posti letto vogliamo scendere a 5.863. Ma non è un taglio, la chiamerei riorganizzazione. Nessun piccolo ospedale sarà penalizzato, semmai riqualificato secondo la mappa prevista dalla legge approvata dal Consiglio. Lo ripeto: puntiamo a una sanità diffusa e mirata sul sociale e sulla prevenzione».

E anche sulla ricerca.

«Certo e sotto questo aspetto contiamo molto sul Mater Olbia. Sono convinto che ci sarà una perfetta integrazione fra privato e pubblico».

Dopo dieci mesi da assessore, se oggi il presidente Pigliaru dovesse proporgli l'incarico, accetterebbe?

«Devo ammettere che la professione mi manca. Però direi ancora sì e lo ringrazierei, come ho fatto a suo tempo, per la dimostrazione di stima e fiducia».

Dopo le incomprensioni di mesi fa, come sono oggi i rapporti fra il governatore e l'assessore?

«Il confronto è stato e continuerà a essere il filo conduttore del lavoro della Giunta. Siamo una squadra e lo abbiamo dimostrato anche con la nomina dei commissari. Sono undici scelte di ottima qualità e sempre condivise».

Neanche un dubbio postumo?

«Assolutamente no, col presidente abbiamo lavorato in sintonia. Siamo soddisfatti e lo saremo ancor di più con i primi risultati».

Giuri su una data certa.

«Presto, molto presto, e saranno i cittadini i primi ad accorgersi che c'è stata una svolta. Una svolta di qualità».

SASSARI «Nelle foto l'ora dell'intervento» Medici imputati di omicidio colposo: le immagini dell'operazione spiegano tutto

Nella richiesta di rinvio a giudizio per tre chirurghi imputati di omicidio colposo – dopo la morte per un'emorragia devastante di un allevatore di Ozieri che aveva subito un intervento alle cliniche universitarie – il pm Carlo Scalas fa riferimento alle fotografie (relative all'operazione di asportazione della cisti) che i difensori dei medici Fabrizio Scognamillo, Salvatore Denti e Mario Trignano avevano prodotto davanti al gup. Secondo l'accusa sarebbero irrilevanti, il pm aveva sollevato dubbi sulla loro autenticità per via dell'assenza dell'orario nelle immagini. In realtà l'ora sarebbe ben indicata su quegli scatti. Scalas aveva fatto perquisire la casa di uno specializzando che il giorno dell'intervento fece le foto ed è stato accertato – come ha ben sottolineato la difesa dei medici – che era sufficiente premere il tasto destro del mouse per avere in visione data e ora degli scatti (elementi immutabili). Così è stato provato che facevano riferimento proprio a quella operazione e infatti il pm non ha indagato i medici per falso. L'intervento era cominciato alle 8.30 e gli scatti risalgono al periodo tra le 10.50 e le 13, ossia quando è stata eseguita la “decapitazione” della cisti. Un intervento tecnicamente riuscito che era stato immortalato perché le foto diventano materiale didattico. Il pm si era chiesto come mai non ci fossero immagini relative al momento in cui si verificò l'emorragia-sanguinamento che determinò – una settimana dopo – la morte dell'allevatore. A questo ha risposto proprio il chirurgo Scognamillo: «Quando è iniziata l'emorragia l'intervento era concluso (circostanza confermata anche da altre persone che quel giorno erano presenti in sala operatoria e che sono state sentite dalla Procura ndc), in quel momento abbiamo pensato a salvare il paziente non certo a scattare foto. Così come non esistono immagini dei momenti precedenti l'operazione perché quelle sono

fasi di preparazione che a livello didattico non servono». La difesa ha chiesto il non luogo a procedere.

L'UNIONE SARDA

SASSARI Aou sovraccarica i laboratori: disagi per i pazienti Centro diabetologico, tempi doppi

Al centro diabetologico delle Cliniche, una delle eccellenze del sistema sanitario pubblico, i pazienti sperimentano da qualche tempo una novità: come perdere due giorni anziché uno, in prelievi e file e visite. Tutto questo perché qualche dirigente della Asl n.1, dopo avere caricato i prelievi dell'intero ospedale sul laboratorio che prima si occupava soltanto del diabete, si è accorto che il carico era troppo gravoso e che il centro, ingolfato, non riusciva più a gestire ritmi da infarto. A quel punto, ecco individuata la soluzione: il diabetico, anziché risolvere tutto in mattinata (fino a ieri si faceva il prelievo e a fine mattinata addirittura la visita) ora dovrà fare tutto in due giorni. I pazienti hanno scoperto tutto dal diabetologo, oppure rivolgendosi al cup, il centro unico di prenotazione, che ha avvisato: non è più possibile prenotare prelievo e visita per un'unica data. Prima si dovrà fare l'uno, quindici giorni prima, e poi l'altro. Una banalità, due giorni persi anziché uno, se non fosse che i pazienti diabetici sono quasi sempre persone anziane, che hanno difficoltà a essere accompagnate in ambulatorio, e altrettanto spesso arrivano dai paesi del circondario. Resta un mistero come si possa raddoppiare con tanta leggerezza disagi e appuntamenti, mentre tutto il mondo viaggia in direzione contraria, semplificando tempi e disagi.

QUOTIDIANO SANTA.IT

Alla Stato Regioni il decreto per l'avvio dei concorsi per i precari del Ssn. Lorenzin: "Primo passo molto importante"

Inviato oggi dal ministro Lorenzin dopo il vaglio del Mef e della Funzione pubblica. Il decreto, una volta acquisita l'intesa con le Regioni, permetterà l'avvio di procedure concorsuali riservate al personale precario degli enti del Ssn. Allo studio ulteriori interventi anche normativi, nell'ambito del riordino degli enti vigilati e nel settore della ricerca. LA RELAZIONE E IL TESTO.

Il Ministro Lorenzin ha trasmesso, in data odierna, alla Conferenza Stato Regioni lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, con cui si dà attuazione a quanto disposto dall'articolo 4, comma 10, del decreto legge 31 agosto 2013 n. 101 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni" convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre

2013 n. 125.

Il provvedimento, elaborato all'esito di un complesso iter che ha previsto l'interlocuzione con i Ministeri dell'economia e delle finanze e della semplificazione e pubblica amministrazione, una volta acquisita l'intesa della Conferenza, permetterà l'avvio di procedure concorsuali riservate al personale precario degli enti del Servizio sanitario nazionale.

Per il ministero della Salute, "si tratta del primo fondamentale passo per ridurre il precariato nel settore sanitario, ove il blocco del turn-over ha negli ultimi anni imposto il ricorso a forme di lavoro flessibile al fine di garantire l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza".

Grande la soddisfazione del Ministro della Salute, Lorenzin: "E' un primo passo molto importante, già concordato con le Regioni nell'ambito del Patto della Salute, per ricominciare a dare stabilità e sicurezza a chi opera negli ospedali italiani con fatica e sacrificio. Nei prossimi giorni sarò impegnata a studiare ulteriori interventi anche normativi, nell'ambito del riordino degli enti vigilati e nel settore della ricerca. Ridurre nelle aziende ospedaliere altre sacche di precariato deve essere un nostro obiettivo".

Formazione medica. Prosegue polemica tra Università e Fnomceo. Bianco "Nostre richieste riforma motivate da esigenze vere dei giovani"

Botta e risposta continuo tra i presidi di Medicina e la Fnomceo. Il presidente Bianco prende carta e penna e risponde alle critiche ricevute dalle Università dopo la mozione degli Ordini dei Medici che criticava aspramente l'attuale situazione della formazione pre e post laurea. "Questi giovani, al di là delle azioni legali, sono portatori di un'esigenza che noi condividiamo e cioè quella di poter accedere al lavoro".

"Non abbiamo espresso alcun giudizio censorio sull'impegno delle scuole di medicina, sulle grandi competenze del corpo docente, sulla qualità complessiva della formazione, ma tante, tante preoccupazioni sullo scenario ormai incombente di un sistema formativo che, al di là delle sue volontà e capacità, rischia di collassare sotto la valanga di accessi non correttamente programmati e comunque gestiti con procedure di selezione inadeguate che hanno spalancato le porte a ricorsi giudiziari".

Amedeo Bianco, presidente della Fnomceo, risponde così con una [lettera indirizzata](#) ai Presidi dei corsi di laurea in Medicina che il 15 dicembre scorso avevano [a loro volta risposto](#) alquanto stizziti alla [mozione del Consiglio nazionale degli Ordini dei medici](#) sulla crisi del sistema formativo del medico.

"Questi giovani, continua la lettera di Bianco, al di là delle azioni legali, sono portatori di un'esigenza che noi condividiamo, per la quale chi comincia un iter formativo ad accesso programmato in ambito medico deve poterlo concludere, soprattutto se questo costituisce il prerequisito per l'accesso al lavoro".

“Vorrei ricordare ai Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea - prosegue il presidente Fnomceo - laddove sollevano profili di inappropriatezza del nostro intervento, che queste migliaia di giovani si sono rivolti ai nostri Ordini e alla scrivente Federazione chiedendo ragione di un processo formativo che li lascia a metà strada in un limbo di dequalificazione professionale e lavorativa”.

“I Presidenti degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri – si conclude la risposta di Bianco - hanno dunque votato un documento di indirizzo generale, aperto e propositivo, dichiarando l’assoluto rispetto delle funzioni e dei compiti di tutte le Istituzioni coinvolte, consapevoli che i tempi difficili che viviamo e quelli che ci aspettano richiedano a tutti non trincee ma ponti per scavalcare incomprensioni, pregiudizi, contrapposizioni e oggettivi ritardi, cioè quelle paludi nelle quali rischiano di sprofondare non solo le speranze, le vocazioni e i valori di tanti giovani ma anche un brand europeo di assoluto valore quale è la professionalità del medico italiano. Il loro appello ad una maggiore e diversa integrazione tra luoghi e soggetti di formazione e luoghi e soggetti di cura, anche a fronte dell’emergenza incombente, intende indicare uno scenario di incontro e non di scontro, tra le tante Istituzioni che portano l’oggettiva responsabilità nella costruzione e nel mantenimento della qualità della professione medica e della sanità del nostro Paese”.

Personale Ssn. Conto annuale 2013: nel Ssn 670.240 unità e il 65% è donna. Persi in un anno oltre 3000 posti

Dal 2007 ad oggi gli occupati nel Servizio sanitario nazionale sono diminuiti di 11.957 unità. Anche per il 2014 la previsione è di un ulteriore calo dello 0,59%. La maggior parte degli operatori ha un contratto a tempo pieno (92%). Mentre a rapporto determinato ci sono 27.327 persone, di cui 18.551 donne e a rapporto interinale 4.242 unità, di cui 2.875 donne. L'ANALISI DEL MEF

Nel Servizio sanitario nazionale, nel 2013, risultano impiegate 670.240 unità di personale, di cui 616.214 a tempo pieno e 54.026 part time. Gli uomini sono 232.187 e le donne 438.053. Rispetto al 2012 si registra un calo di 3.175 unità (- 0,5%) e di 11.197 (- 1,8%) negli ultimi sette anni. Per il 2014 le previsioni non sono rosee: dovrebbe proseguire il trend negativo con un ulteriore calo dello 0,59%. La sanità si conferma comunque, per numero di occupati, il secondo comparto dopo la scuola.

Risultano avere un contratto a tempo determinato 27.327, di cui 18.551 donne. A rapporto interinale invece 4.242 unità, di cui 2.875 donne. L'età media del comparto sanità è di 51 anni per gli uomini e di 48 anni per le donne. L'anzianità media invece è di 19,23 anni per gli uomini e di 18,48 per le donne. I laureati sono 90.165, a cui si aggiungono 80.758 unità con specializzazione e altri titoli di formazione post-laurea. Infine, risultano 72.739 quelli con laurea breve.

Il costo del personale è stato nel 2013 di 39,487 miliardi con un calo del 4,5% dal 2011. La retribuzione lorda media nel Ssn sempre nel 2013 è stata di 38.589 euro.

■ [I dati della Ragioneria generale dello Stato 2007-2013](#)

Formazione, studio Anaao: da corsi più brevi 2.200 borse extra *di Fabio Ragazzo (direttivo nazionale Settore Anaao Giovani) Domenico Montemurro (coordinatore naz.le Settore Anaao Giovani) Carlo Palermo (vice-segretario nazionale vicario Anaao) Costantino Troise (segretario nazionale Anaao)*

Il tavolo tecnico per il riordino delle Scuole di Specialità in tema di formazione post laurea, dovrebbe terminare i suoi lavori entro il 31/12/2014. Ad oggi è prevista una riduzione delle Scuole di Specialità da 56 a poco più di 40 con una concomitante revisione degli ordinamenti didattici. A nostro parere è fondamentale avviare una revisione sistematica e non autoreferenziale della formazione post lauream, senza escludere il ruolo dei vari stakeholder quali le società scientifiche nazionali e internazionali, gli Ordini professionali, i Sindacati medici e le Associazioni dei giovani medici.

I recenti tentativi di riforma post laurea hanno mostrato la loro intrinseca debolezza legata ad una maldestra programmazione dei contratti di specialità e ad una mancata occasione di riallineamento all'Europa (Direttiva standard europei 2005/36/CE), fallendo nel tanto reclamato incontro tra formazione e lavoro. Il decreto del Miur del 1° agosto 2005, recante il riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria, portava a 5 anni la durata di tutte le scuole di specialità (6 anni per la neurochirurgia e la chirurgia generale). Questo cambiamento ha comportato una rivisitazione degli ordinamenti didattici delle diverse scuole di specialità con aspetti ripetitivi e non innovativi, in alcuni casi addirittura paradossali, come l'istituzione di scuole di specialità prive di un reale mercato occupazionale (medicina termale e aerospaziale), e per di più integrabili ad altre affini con il solo effetto di favorire la creazione di nuove cattedre. L'irrazionalità di tale decreto si è manifestata a distanza di 9 anni, con un discusso sistema formativo, la débâcle economica, l'inerzia programmatica sui numeri di accesso alla formazione specialistica, un rapporto conflittuale tra Stato e Regioni, una mancata apertura del mondo universitario alla rete formativa territoriale (Teaching Hospital).

Il recente contesto storico ed economico non ha fatto altro che aggravare lo scenario sopra esposto, imponendo una urgente rivisitazione di ciò che era stato fatto, e spesso male. Con il Dl 90/2014 si prevede di ridurre la durata dei corsi di specializzazione fino ad arrivare ad una media di 3-4 anni (alcune branche chirurgiche verosimilmente 5 anni), secondo gli standard minimi europei e senza intaccare la qualità formativa. Il Ddl delega-ex articolo 22 del Patto della Salute cerca di offrire una possibile soluzione di connubio formazione-lavoro sotto la spinta di una brusca riduzione del numero dei contratti di formazione per le mancate coperture economiche e

dell'incremento di oltre 5000 unità (aa 2013-14, 2014-2015) degli accessi a Medicina Tar-mediati.

Analisi economica. La proposta di studio parte dall'analisi del costo economico reale della formazione medica oggi, in Italia. Un medico in formazione specialistica nel primo biennio percepisce 25.000 euro/anno (lordi), negli anni a seguire 26.000 euro/anno (lordi) senza l'obbligo di una dichiarazione dei redditi, e con la possibilità di integrare tale "retribuzione" con attività temporanea di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica, ma non di ruolo) e di sostituzioni di Medici di Medicina Generale, e di svolgere attività di intramoenia in base ai titoli posseduti (fenomeno poco frequente e regolamentato solo in Liguria).

La tabella 1 (vedi allegato) riporta rispettivamente il numero totale di contratti Miur (somma delle varie specialità, 5504 contratti) per l'anno accademico 2013-14 distribuito su base regionale con una addizionale del 11.3% sulla media dei tre anni accademici precedenti (circa 4840 contratti), il costo attuale a carico dello Stato per l'intero ciclo formativo previsto oggi sulla base del Dm 1° agosto 2005 (pari a 714.237.831 euro/anno), il risparmio cumulativo derivante dal riallineamento di durata dei vari corsi di specialità alla direttiva europea 2005/36/CE e dalla riduzione del 20% della retribuzione lorda per il primo biennio di specialità (pari a 210.670.192 euro/anno).

Il calcolo del risparmio economico derivante dall'adeguamento alla normativa 2005/36/CE, ha considerato la soppressione di alcune scuole di specialità non previste in Europa, per alcune delle quali negli scorsi anni accademici in Italia non sono stati destinati contratti di formazione o che comunque sono coerentemente riassorbibili all'interno di specialità attinenti (ad esempio: scienze dell'alimentazione in medicina interna, tossicologia medica in farmacologia, medicina dello sport in cardiologia, audiologia e foniatria in otorinolaringoiatria); in particolare medicina termale, medicina aeronautica e spaziale, statistica sanitaria possono essere convertite in Master di livello avanzato (tabella 2).

La normativa europea comporta una contrazione della durata media dei corsi di formazione specialistica a 4.12 anni/corso; la riduzione del 20% della retribuzione per il primo biennio determina un costo medio per un intero iter formativo specialistico di circa 95.120 euro lordi (rispetto la media attuale di circa 128.900 euro lordi). Il risparmio complessivo calcolato di circa 210.670.000 euro/anno consente di finanziare un numero di contratti aggiuntivi pari a circa 2215 per l'intero ciclo. Questa integrazione di contratti sommata ai già destinati 5504 per l'anno accademico corrente, porterebbe il numero complessivo a 7719 contratti/anno a carico dello Stato ed estendibile per il quadriennio accademico 2014/15-2018/19, in linea con precedenti analisi di programmazione (Anaa Studi e Ricerche 2014: medici cessati SSN attesi nel quinquennio 2019-2023 pari a unità 7710/anno).

L'intervento di riallineamento e di risparmio, in grado di finanziare complessivi 7.719 contratti/anno, sarebbe idealmente sufficiente a coprire il numero di laureati atteso nel prossimo quadriennio (stimato in 7656 unità, pari all'85% degli iscritti medi/anno, ovvero circa 9570 unità nel quadriennio 2009/10-2012/13). Nel periodo successivo al

prossimo quadriennio, sarà necessario implementare con altri finanziamenti il numero di contratti, considerando i ricorsi al TAR per l'accesso alle Scuole di Medicina (oltre 5000 studenti nei 2 anni a.a. 2013-2015) che hanno "dilatato" il numero di studenti iscritti (*fonte A. Mastrillo, Osservatorio delle Professioni: 9.897 studenti iscritti nell'a.a. 2013/14, 9.771 studenti iscritti nell'a.a. 2014/15*).

Il ruolo delle Regioni. In questa analisi economica deve essere considerato il ruolo delle Regioni. Le risorse regionali impiegate ad oggi ad integrazione del finanziamento Statale, sono state poco più di 500 contratti (finanziati per l'intero ciclo formativo) al netto dei finanziamenti privati da parte di organizzazioni non a scopo di lucro e alla possibilità da parte delle aziende di autofinanziarsi con risorse sempre provenienti da privati. Pertanto risulta evidente come il ruolo delle Regioni sia di integrazione economica, ma ancora marginale in un auspicato modello di formazione-lavoro.

Il Progetto Anaao di formazione-lavoro.

Finalità di progetto:

- Armonizzare i numeri di accesso alle Scuole di Medicina con i numeri di accesso alla formazione Post Laurea
- Affiancare il percorso formativo universitario con un modello di contratto di lavoro, anch'esso con finalità formative, a tempo determinato
- Migliorare l'aspetto previdenziale
- Rilevare i fabbisogni del turnover delle aziende del Ssn
- Favorire il precoce ingresso nel Ssn, in un contesto più vicino a quello europeo
- Prevedere una flessibilità in uscita dall'SSN, che realizzi una staffetta generazionale, faciliti il trasferimento di competenze attraverso anche la realizzazione di forme di part time ospedaliero (possibilità di impiego nel territorio e su base volontaria), finalizzate al tutoraggio ed alla graduale "sostituzione" dei medici over 60.

La realizzazione delle finalità sopra esposte deve prevedere un nuovo iter formativo post laurea che integri un percorso universitario, bi-triennale o quadriennale in base alla durata della branca specialistica (modalità previste dal Dlgs 368/99), con un periodo formativo extra-universitario (corrispondente all'ultimo anno o agli ultimi due anni dell'intero percorso), presso una struttura ospedaliera in possesso di specifici requisiti ed individuata come Teaching hospital, o meglio ancora come ospedale di apprendimento. Lo specializzando avrà la possibilità di concludere e conseguire il titolo di specializzazione, scegliendo personalmente 2 sedi ospedaliere della rete formativa, in cui turnare per 6/12 mesi ciascuna (praticantato valutato ai fini di una possibile assunzione post specialità), mediante la stipula di un contratto ad hoc di formazione medica abilitante a tempo determinato, con un finanziamento integrativo Regionale per il pagamento degli oneri riflessi (da sommarsi ai 26.000 euro lordi/anno a finanziamento Statale).

Come meccanismo di compensazione economica per i giovani medici, nulla vieta di estendere le compatibilità lavorative presenti nel contratto (sostituzione di medico di medicina generale, servizio di continuità assistenziale non di ruolo), essendo il percorso specialistico già codificato da specifici ordinamenti.

Il medico specialista potrà poi accedere ai ruoli del SSN a tempo indeterminato mediante pubblico concorso per la qualifica ed il livello retributivo dirigente.

Le aziende sanitarie (in primis i "teaching hospital") a scopo programmatico e di guida a fini formativo-occupazionali devono, comunque:

- Predisporre un piano per l'esaurimento delle graduatorie vigenti di concorso pubblico o avviso pubblico a livello aziendale o provinciale
- Predisporre un crono-programma di stabilizzazione a isorisorse per i medici precari che già di fatto garantiscono i Lea
- Comunicare un piano triennale di assunzioni a tempo indeterminato, definendo le corrispondenti cessazioni triennali attese e i fabbisogni specialistici per branca.

Il presente progetto di formazione-lavoro presenta caratteristiche funzionali ad una sua applicabilità a partire dal prossimo anno accademico (2014-2015), e dai primi anni di corso specialistico, ma i tempi di una sua applicazione a regime saranno dettati dal provvedimento di riordino delle scuole e della durata dei corsi di cui al DL 90/2014. Ulteriori risorse potrebbero derivare da finanziamenti europei, strategici per un ulteriore bilanciamento del numero di contratti specialistici rispetto l'attuale sproporzionato numero di "concorrenti".

Se non vogliamo perdere intere generazioni di professionisti ed assistere impotenti al declino di competenze professionali ed alla impossibilità di trasferire know how tra generazioni, occorre prendere atto che SSN ed Università da soli non possono sbrogliare l'intrico di problemi che nel tempo è venuto a formarsi, tantomeno con strumenti convenzionali. La sostenibilità di un servizio sanitario passa anche di qui.

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584