

# RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

LUNEDI' 16 FEBBRAIO 2015

---

## SOMMARIO

### L'UNIONE SARDA

- ❖ **Sta male: elicottero per il vip** In volo ad Alghero per salvare il direttore del 118 di Palermo **Grande mobilitazione in soccorso al professionista in vacanza nella Riviera del corallo**

### QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ **Ospedali, si cambia. Presto in Gazzetta i nuovi standard.** Arrivano gli "ospedali di comunità" gestiti dagli infermieri e le grandi reti per patologia. Stop ai privati con meno di 60 letti. **Ecco il testo finale del regolamento dopo i rilievi del Consiglio di Stato**
- ❖ **Sicilia.** Borsellino avvia procedure per sospensione attività neonatale Casa di cura dove è nata Nicole. **La Procura:** "Morte causata da complessa serie di concause". **Lorenzin:** "Nei nuovi Lea grande attenzione al materno-infantile".
- ❖ **Agenda parlamentare. Lorenzin torna a parlare dei nuovi Lea. E poi Milleproroghe e Terzo settore**

### SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **Il Miur scrive ai rettori: tempi brevi per far partire le nuove specializzazioni mediche**

### DOCTOR 33. IT

- ❖ **Ddl ex art. 22, Anaao: così si svaluta lavoro professionisti**

---

## L'UNIONE SARDA

**Sta male: elicottero per il vip** In volo ad Alghero per salvare il direttore del 118 di Palermo  
**Grande mobilitazione in soccorso al professionista in vacanza nella Riviera del corallo**

Può capitare che una bimba appena nata muoia mentre vaga da un ospedale all'altro, a

Catania, nella vana ricerca di un posto in terapia intensiva. Può anche capitare che invece il posto, e persino l'elicottero, si trovi, per il direttore della centrale operativa del 118 di Palermo. Non solo, lui, l'elicottero lo ha trovato immediatamente, ma lo ha fatto decollare di notte (nella zona di Palermo il servizio notturno è previsto) ci ha fatto caricare sopra due équipes di rianimatori, e si è fatto trasportare (sei ore dopo la diagnosi e quindi col rischio di lasciarci le penne) all'ospedale di fiducia, dove alle dieci del mattino è stato operato per un aneurisma. Tutto questo con un centro a Sassari di cardiocirurgia e di chirurgia vascolare di eccellenza. Sassari dista una ventina di minuti. In alternativa c'è sempre Cagliari a disposizione, poco più di due ore in ambulanza. Niente di tutto questo. Lui in Sardegna «non si faceva toccare».

**LA VICENDA** Tutto ha inizio la notte del 15 gennaio ad Alghero. Poco dopo le 23, al 118 arriva una segnalazione di un paziente, un turista, con un forte dolore al torace. Si teme un infarto. Viene inviata una ambulanza medicalizzata. No, non è un infarto ma c'è bisogno di accertamenti urgenti. Viene accompagnato all'ospedale civile. Qui si scopre che quel turista si chiama Gaetano Marchese, ha 60 anni ed è il direttore della centrale operativa del 118 di Palermo. Cosciente e lucido, assiste alla diagnosi dopo la tac che rivela un aneurisma in corso, un'arteria cioè dalle pareti che si sfogliano, col rischio in tempi brevissimi di una emorragia interna. In caso di aneurisma il tempo di intervento chirurgico può fare la differenza tra la vita e la morte. Niente da fare. Marchese rifiuta il ricovero: davanti alla diagnosi chiede l'intervento diretto della centrale siciliana, del 118, fa decollare l'elicottero che arriva alle sei ad Alghero e quindi si fa accompagnare dall'ospedale all'aeroporto, dove verrà caricato a bordo, per raggiungere Palermo due ore e mezzo dopo.

**ELISOCORSO NOTTURNO** L'elisoccorso notturno a Catania non c'è ma a Palermo sì. Il 118 diretto da Marchese ha un volo dedicato alle isole e la possibilità di intervenire anche di notte. Certo, è insolito, davanti a un'urgenza come un aneurisma scegliere l'elicottero, i rianimatori, l'ospedale stesso dilatando oltre misura i tempi dell'intervento. Con una diagnosi arrivata all'una di notte, andando a Sassari e persino a Cagliari, si sarebbero risparmiate tante ore. Invece il professionista ha deciso altrimenti, è partito da Alghero alle sette, con ben due équipes con due rianimatori ad assisterlo.

In un momento in cui una bimba muore in ambulanza perché non trova un posto in tre ospedali, viene da chiedersi se sia possibilità di tutti fare quello che ha fatto il dottor Marchese, cioè sentirsi male in vacanza e chiamare l'elicottero con a bordo i professionisti desiderati.

**POLEMICHE** Quell'intervento insomma, si poteva fare in loco? E quanti altri avrebbero avuto la possibilità di far decollare un elicottero dalla Sicilia, con le professionalità di fiducia, farlo atterrare vicino all'ospedale, e volare verso casa? La vicenda della neonata morta sull'ambulanza ha generato uno scaricabarile insopportabile, per chi ha perso la sua prima figlia. Difficile far passare il volo del direttore del 118 come una gestione ordinaria del bene comune.

## **Ospedali, si cambia. Presto in Gazzetta i nuovi standard. Arrivano gli “ospedali di comunità” gestiti dagli infermieri e le grandi reti per patologia. Stop ai privati con meno di 60 letti. Ecco il testo finale del regolamento dopo i rilievi del Consiglio di Stato**

*Trasmesso alla GU il testo, rivisto e corretto, del regolamento sugli standard ospedalieri già approvato in Stato Regioni il 5 agosto scorso ma poi “stoppato” dal Consiglio di Stato. Fissato il nuovo standard p/l abitante e riclassificati gli ospedali. Soglie minime per volumi ed esiti. Stop al convenzionamento per le case di cura private con meno di 60 letti. Dai nuovi standard attesi 3mila pl in meno. [IL REGOLAMENTO](#).*

Il [6 novembre scorso](#) il Consiglio di Stato rispedì al mittente il testo del regolamento sui nuovi standard ospedalieri sul quale Governo e Regioni avevano raggiunto l'accordo formale il 5 agosto 2014, dopo anni di tira e molla (il primo testo risaliva ai tempi del ministro Balduzzi), invitando il ministero della Salute a riscriverlo per una serie di errori formali e suggerendo anche alcune modifiche.

Esse riguardavano soprattutto due cose: la prima era di far sì che nel testo fossero ben chiare le modifiche richieste dalle Regioni e la seconda che si posticipasse di un anno la vigenza del regolamento, indicando non più il triennio 2014/2015 ma quello 2015/2017, in considerazione del fatto che il 2014 era ormai giunto a conclusione.

Incassati i rilievi del Consiglio di Stato il ministero della Salute ha provveduto alla revisione dell'accordo ottemperando alla prima richiesta dei magistrati ma non alla seconda, lasciando immutate le date di vigenza del provvedimento che restano quelle del triennio 2014/2016.

Tant'è che la prima scadenza contemplata, quella prevista al comma 2 dell'art. 1 che prevede che le Regioni adottino provvedimenti per la riduzione degli standard di posti letto al 3,7 per mille entro il 31 dicembre 2014, è di fatto già scaduta.

Ma in ogni caso, formalismi e scadenze a parte, questo “sfortunato” provvedimento (che ricordiamo ha visto diverse stesure e molte polemiche fin dalla sua prima apparizione nel novembre 2012), è ora finalmente pronto per la Gazzetta Ufficiale.

**Con nuovi standard 3.000 letti in meno.** Come dicevamo la riscrittura del ministero non ha cambiato la sostanza delle norme e delle indicazioni dalle quali il Governo, come scritto nella relazione tecnica ai nuovi Lea, si aspetta una riduzione di 3mila posti letto in base ai nuovi standard del 3 per mille per gli acuti e dello 0,7 per mille per la lungodegenza e riabilitazione.

**Tasso occupazione al 160 per mille e degenza media sotto i 7 giorni.** Nelle previsioni del regolamento anche il ritocco del tasso di ospedalizzazione che si punta a fissare sulla soglia del 160 per mille di cui il 25% dedicato ai ricoveri in day hospital (indicati anche per disciplina e specialità clinica) e all'indice di occupazione dei posti letto che si dovrà attestare sul valore tendenziale del 90% con una durata di degenza per i ricoveri ordinari inferiore mediamente ai 7 giorni.

**Novità anche per le case di cura private.** Dal 1 gennaio 2017 non potranno più essere accreditate quelle con meno di 60 letti per acuti, tranne per le monospécialistiche che saranno oggetto di valutazioni delle singole regioni. Un traguardo a cui si arriverà però gradualmente prevedendo una finestra temporale fino a quella data per consentire alle case di cura più piccole della stessa regione di raggrupparsi, così da superare la soglia minima per l'accreditamento. In ogni caso restano fuori dalla partita le case di cura con meno di 40 letti che non potranno essere prese in considerazione per i raggruppamenti e con le quali non si potranno in ogni caso fare più convenzioni a partire dal 1 luglio 2015.

**Ma con questo regolamento, al di là di indici e standard è tutta la rete ospedaliera ad essere oggetto di un profondo rinnovamento.**

**Tre livelli di ospedale.** Dalla classificazione degli ospedali per complessità e intensità di cura dividendoli in 3 livelli: di base, con un bacino d'utenza tra gli 80.000 e 150.000 abitanti; di 1° livello tra gli 150.000 e i 300.000 abitanti e di 2° livello tra i 600.000 e 1.200.000 abitanti.

**Soglie minime per volumi ed esiti.** All'indicazione di "soglie minime" per volumi ed esiti delle cure ospedaliere, sia nel pubblico che nel privato accreditato, quali indicatori cogenti per il processo e la conferma degli accreditamenti e l'eventuale riconversione della rete ospedaliera regionale.

**Clinical governance.** Vengono poi rimodulati gli standard di qualità per i singoli presidi basati sulla clinical governance, dalla gestione del rischio clinico alla formazione del personale e alla valutazione della qualità delle cure.

**Standard e reti.** Vengono poi ridefiniti gli standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali dei presidi e quelli specifici per le alte specialità.

Nascono le "reti ospedaliere" per le grandi patologie, dall'infarto all'ictus, ma anche per le malattie rare, l'oncologia e la pediatria. In tutto 10 reti ospedaliere dedicate per ottimizzare la risposta terapeutica e assistenziale per altrettante aree terapeutiche.

**Infarto, traumi e ictus e il fattore "tempo".** In questa fase ci si è però limitati a indicare alcuni riferimenti precisi solo per le reti cosiddette "tempo dipendenti" ovvero laddove il fattore tempo è fondamentale per la riuscita degli interventi. Ne sono state individuate tre: quella per l'emergenza cardiologica (infarto), quella per i traumi e quella per l'ictus.

**Una nuova rete d'emergenza.** Vengono poi ridefiniti i criteri per l'intera rete dell'emergenza urgenza, dal 118, ai punti di primo intervento, fino alla definizione dei diversi tipi di Pronto soccorso sia per bacini di utenza che per tipologia geografica del sito prevedendo indicazioni specifiche per le sedi ospedaliere in zone particolarmente disagiate. Individuati i diversi livelli di DEA (1° livello "Spoke" e 2° livello "Hub") e i rapporti con la continuità assistenziale.

**Gli ospedali gestiti dagli infermieri.** Ultimo capitolo del regolamento quella sugli ospedali di comunità nell'ambito del processo di integrazione ospedale territorio per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza. L'ospedale di comunità, al quale è affidato il compito di "interfacciarsi" con l'ospedale ordinario per la presa in carico di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano del ricovero per impedimenti di varia natura (logistici o familiari) ad essere erogate a

casa del paziente. Questi ospedali saranno gestiti dagli infermieri, avranno dai 15 ai 20 posti letto e l'assistenza medica sarà assicurata da medici di medicina generale o pediatri o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn secondo modalità scelte localmente. A livello gestionale questi ospedali faranno capo ai distretti sanitari.

■ [Il testo finale del regolamento sugli standard ospedalieri](#)

**Sicilia. Borsellino avvia procedure per sospensione attività neonatale Casa di cura dove è nata Nicole. La Procura: “Morte causata da complessa serie di concause”. Lorenzin: “Nei nuovi Lea grande attenzione al materno-infantile”.**

*La decisione presa ieri al termine della riunione in assessorato. “E’ una procedura dovuta, precisa l’Assessore, da assumersi in via cautelare e precauzionale”. Ma la sospensione sarà definita solo dopo le controdeduzioni della struttura e l’esito dell’ispezione ministeriale. Sotto indagine della Procura anche la “reazione delle strutture centrali, a partire dal 118”*

L’Assessore per la Salute, **Lucia Borsellino**, ha provveduto ieri con il proprio staff a predisporre gli atti conseguenti al vertice tenutosi il giorno prima in Assessorato per fare luce sul caso della piccola Nicole, dando incarico al dirigente generale del dipartimento Attività Sanitarie di avviare le procedure finalizzate ad un’eventuale sospensione delle attività di ostetricia della casa di cura Gibino di Catania, limitatamente alla sola attività di ricovero per il parto.

“E’ una procedura dovuta, - precisa l’Assessore – da assumersi in via cautelare e precauzionale per la cui definizione di dovranno attendere le controdeduzioni della struttura nonché l’esito dell’ispezione della Commissione congiunta Ministero – Regione che si insedierà lunedì 16.”

Contestualmente i Direttori Generali delle Aziende sanitarie interessate e le centrali operative del 118 sono state chiamate a fornire tempestivamente ulteriori elementi, oltre quelli richiesti ieri in sede di riunione.

**Le indagini.** In una nota diffusa dalla Procura di Catania si sottolinea: "Può ritenersi che la morte della piccola Nicole sia dipesa da una complessa serie di concause, sin dal momento del parto e delle terapie effettuate nelle primissime fasi di vita della bambina".

"Sono oggetto di accertamento – continua la nota - anche le modalità di reazione delle strutture centrali, a partire dal 118, nonché i tempi e le modalità di utilizzo dell’autoambulanza e la adeguatezza del personale del mezzo rispetto all’emergenza che si prospettava".

"Sulla base di quanto sin qui raccolto – sottolinea ancora la Procura catanese - sono quindi state effettuate le valutazioni necessarie per ipotizzare responsabilità penali, ai fini del compimento di atti urgenti irripetibili".

La Procura ha poi specificato che le indagini sulla morte della neonata "sono oggi divise in due ambiti. Da un lato l'individuazione delle dirette responsabilità nella

morte della piccola Nicole. Tra queste vi sono anche le ipotesi omissive relative a comportamenti che possano aver contribuito all'evento per l'individuazione dell'unità di rianimazione, in relazione alle informazioni ricevute circa le condizioni critiche in cui versava la bambina. Dall'altro lato si procede separatamente alla valutazione di responsabilità per omissione con riferimento alla messa a disposizione delle unità di rianimazione neonatale, alle segnalazioni di insufficienza di quelle funzionanti, alla previsione di meccanismi atti a far fronte ad emergenze nella situazione data". Mentre le caratteristiche dell'ambulanza che ha curato il trasporto da Catania all'Utin dell'ospedale di Ragusa sono risultate idonee al trasporto in rianimazione neonatale, e il mezzo risulta essere stato presidiato da medici rianimatori.

"Lunedì - sottolinea ancora la Procura - sarà conferito incarico di consulenza medica ad un collegio composto da un medico legale, da un ginecologo e da uno specialista di neonatologia e rianimazione".

La Procura di Catania precisa infine che non si possono ancora comunicare i nomi degli indagati, che dovranno prima ricevere l'informazione di garanzia, nell'ambito del fascicolo aperto sulla morte di Nicole.

**Lorenzin: "Cose così non devono accadere"**. "Abbiamo ormai da anni linee guida nazionali neonatali sulle urgenze, che le Regioni devono applicare – ha detto il ministro-. Per questo abbiamo inviato subito gli ispettori del Ministero per verificare quanto accaduto".

"Ho disposto - ha continuato il Ministro - che venga effettuata anche una verifica sulla direzione degli ospedali, su come ha risposto la rete dell'unità di emergenza e in generale sui Lea".

Per quanto riguarda le responsabilità, Lorenzin ha detto di "volarle accertare in maniera molto chiara". Il Ministro ha ricordato però che "c'è un tema molto più grande che riguarda il disservizio delle Regioni del sud, specie quelle in piano di Rientro. Lo stato dei livelli di essenziali di assistenza non va sottovalutato ed è più importante del bilancio economico di una Regione".

Il Ministro ha sottolineato che quello di cui si parla non è il primo caso del genere e che nei nuovi Lea si cerca di sostenere il percorso materno-infantile. "Nei nuovi Lea abbiamo inserito la parte prenatale come assistenza al parto. Per noi la rete di neonatologia è una priorità. Riferirò in Parlamento del risultato delle ispezioni e in tempi brevi verificherò anche i Lea e la rete neonatale in Sicilia".

## **Agenda parlamentare. Lorenzin torna a parlare dei nuovi Lea. E poi Milleproroghe e Terzo settore**

*Al Senato in discussione il decreto Ilva mentre alla Camera il Milleproroghe. In commissione Affari sociali proseguirà l'esame della Riforma del Terzo settore mentre l'Igiene e Sanità sarà impegnata con le indagini su sostenibilità Ssn e Stamina. Giovedì tre interrogazioni al ministro.*

Il Senato riprenderà i lavori martedì 17 febbraio. Tra gli argomenti della settimana il **decreto Ilva** che scade il 6 marzo. Anche alla Camera i lavori riprenderanno martedì con la discussione del **Milleproroghe** e a seguire la proposta di legge Disciplina della



responsabilità civile dei magistrati.

Per quanto riguarda le commissioni, [l'Affari Sociali](#) della Camera nel corso della prossima settimana proseguirà l'esame in sede referente dei progetti di legge sulla Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del Servizio civile universale.

Inoltre, in sede di Comitato ristretto, esaminerà le proposte di legge recanti Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare e le proposte di legge recanti Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.

La Commissione, in sede consultiva, esaminerà: il disegno di legge sulla Ratifica ed esecuzione degli Emendamenti alla Convenzione sulla protezione fisica dei materiali nucleari del 3 marzo 1980, adottati a Vienna l'8 luglio 2005, e norme di adeguamento dell'ordinamento interno, per il parere alle Commissioni riunite II Giustizia e III Affari esteri disegno di legge sulla Ratifica ed esecuzione della Convenzione internazionale per la protezione di tutte le persone dalle sparizioni forzate adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 dicembre 2006, per il parere alla III Commissione Affari esteri e la proposta di legge recante Introduzione del delitto di tortura nell'ordinamento italiano, per il parere alla II Commissione Giustizia.

Infine, la Commissione svolgerà interrogazioni a risposta immediata su questioni di competenza del Ministero della salute.

In commissione [Igiene e Sanità](#) del Senato i lavori riprenderanno martedì con l'audizione di Federfarma in merito all'Indagine conoscitiva sostenibilità SSN. Mercoledì ci sarà il seguito dell'audizione del Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin sulla revisione dei Lea sempre in merito all'indagine sulla sostenibilità. Sempre lo stesso giorno il seguito dell'esame del documento finale dell'indagine sul Caso Stamina. Giovedì tre interrogazioni al Ministro della Salute: Caso Avastin-Lucentis; inserimento della sindrome di Sjogren nei LEA e nel registro delle malattie rare; sui costi annuali di gestione dei registri dei farmaci e quale sia il risparmio di spesa che il Ssn ha ottenuto con il passaggio al nuovo sistema informativo di Aifa.

■ [Calendario Comm. Igiene e Sanità](#)

■ [Calendario Comm. Affari Sociali](#)

**SOLE 24 ORE SANITA'.IT**

## **Il Miur scrive ai rettori: tempi brevi per far partire le nuove specializzazioni mediche**

Dopo il varo del decreto di riordino delle scuole di specializzazione in medicina - che aspetta ora solo la pubblicazione in Gazzetta - il ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca prova a bruciare le tappe per far partire da subito il nuovo percorso di formazione per i giovani medici. Ieri in una lettera inviata ai rettori il Miur ha chiesto alle università che ospitano corsi di specializzazione medica ad adeguare rapidamente gli ordinamenti alla riforma. L'obiettivo è far partire presto i nuovi bandi, già in primavera, e consentire a chi è già iscritto di optare per il nuovo sistema che prevede

in media la riduzione di un anno del percorso di formazione.

**Dal 16 febbraio scatta l'operazione riordino.** Per le circa 40 università che ospitano una scuola di specializzazione medica si profila una tabella di marcia serratissima nelle prossime settimane per far partire da subito il riordino già in questo anno accademico 2014/2015. Ieri il ministero ha inviato una lettera ai rettori interessati per la «predisposizione» e l'«avvio delle procedure informatizzate per l'adeguamento degli ordinamenti didattici». Il 16 febbraio - spiega la nota firmata dal capo dipartimento del miur, Marco Mancini - partirà ufficialmente la procedura con l'invio delle credenziali per accedere al sistema informatico messo a punto dal Cineca: «A partire dalla suddetta data - spiega la lettera del Miur - sarà disponibile all'interno del sistema anche tutta la documentazione necessaria alla preparazione delle attività di caricamento ed implementazione delle modifiche ordinamentali introdotte». Con una nota successiva saranno poi comunicati i termini entro i quali gli atenei dovranno avvalersi della procedura informatizzata «per il caricamento degli ordinamenti riordinati ai fini del successivo iter ministeriale».

**Per i vecchi iscritti le procedure per optare per il nuovo sistema.** La missiva del Miur chiede agli atenei di mettere a punto «da subito» anche le procedure per consentire il diritto di opzione al nuovo sistema per gli specializzandi che quest'anno si sono iscritti agli anni di corso precedenti all'ultimo (chi è iscritto all'ultimo anno resterà infatti con il vecchio sistema). Questo per consentire al ministero di «poter utilizzare prontamente le eventuali economie» per l'accesso alle scuole. Il riordino prevede infatti corsi più brevi di un anno rispetto a prima (in media quattro anni, al massimo cinque) . Per diventare chirurghi generali o neurochirurghi, ad esempio, serviranno 5 anni di formazione e non più 6. A loro volta Geriatria, Dermatologia e Oftalmologia, dureranno 4 anziché 5 anni. La riduzione del percorso di studio riguarderà oltre 30 Scuole sulle 55 complessive (dalle 61 attuali). Al tempo stesso verranno rivisti gli obiettivi formativi e la distribuzione dei crediti. Almeno il 70% della formazione dovrà essere dedicato allo svolgimento di attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio). Gli specializzandi potranno fare il loro percorso all'interno di una rete formativa più ampia che potrà includere, oltre ai policlinici universitari, i presidi ospedalieri e le strutture territoriali del Servizio sanitario nazionale, purché accreditati secondo specifici parametri valutativi.

Con la novità in più che gli specializzandi, al termine di questo iter, verranno chiamati a fronteggiare un esame nazionale di certificazione per singola specialità, una sorta di bollino di qualità che ne attesti la preparazione. Ma cosa cambierà, in dettaglio? Innanzitutto verranno accorpate alcune delle scuole e due verranno eliminate (Medicina aerospaziale e Neurofisiopatologia). In totale, le scuole passeranno dalle attuali 57 a 50 e per 30 di esse il percorso verrà accorciato di un anno in linea con gli standard europei: così, a esempio, Psichiatria passerà da 5 a 4 anni e Chirurgia da 6 a 5 anni.

**Cambiano anche i luoghi della formazione.** La riforma prevede anche la revisione degli ordinamenti, forse la parte più delicata, delineando le regole per accorpamenti, classi e aree, obiettivi formativi, tronco comune e attività professionalizzanti . Queste ultime in particolare si concretizzeranno con una maggiore pratica al letto del paziente e tirocini in corsia assorbendo almeno il 70% delle attività formative. E



potranno essere svolte oltre che nei Policlinici universitari anche nelle aziende ospedaliere.

**Arriva il riordino delle Scuole di specializzazione in Medicina.** Il ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, ha firmato ieri sera il decreto interministeriale (su cui si veda Scuola 24 di ieri ) che riforma il percorso per diventare medico. In media durerà un anno in meno mentre le scuole scenderanno da 61 a 55. Il provvedimento passa ora alla firma della sua collega della Salute, Beatrice Lorenzin.

**La riforma.** Una volta che il riordino diventerà realtà non esisteranno più percorsi di studio di 6 anni: potranno essere di 3, 4 o 5 anni al massimo. Per diventare chirurghi generali o neurochirurghi, ad esempio, serviranno 5 anni di formazione e non più 6. A loro volta Geriatria, Dermatologia e Oftalmologia, dureranno 4 anziché 5 anni. La riduzione del percorso di studio riguarderà oltre 30 Scuole sulle 55 complessive a fronte delle 61 attuali. In questa direzione saranno accorpate cinque scuole precedentemente esistenti, mentre due (Medicina aeronautica e spaziale e Odontoiatria clinica generale) spariranno. Al tempo stesso verranno rivisti gli obiettivi formativi e la distribuzione dei crediti. Almeno il 70% della formazione dovrà essere dedicato allo svolgimento di attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio). Gli specializzandi potranno fare il loro percorso all'interno di una rete formativa più ampia che potrà includere, oltre ai policlinici universitari, i presidi ospedalieri e le strutture territoriali del Servizio sanitario nazionale, purché accreditati secondo specifici parametri valutativi.

## DOCTOR 33. IT

### **Ddl ex art. 22, Anaao: così si svaluta lavoro professionisti**

Il testo della bozza del ddl ex articolo 22 del Patto per la salute all'esame degli Assessori regionali alla salute, segna un passo indietro delle procedure di accesso al Ssn. Lo sottolinea una nota Anaao, precisando come «l'idea di inquadrare i laureati in medicina e chirurgia a tempo indeterminato in categoria non dirigenziale ad invarianza del costo complessivo della dotazione organica aziendale, non si preoccupa nemmeno di nascondere la volontà di avere forza lavoro a basso costo per una progressiva decapitalizzazione del lavoro professionale in sanità. La frattura inserita nelle categorie professionali» continua la nota «apre la strada a un dumping sul costo del lavoro da parte delle Aziende sanitarie, che prelude a un progressivo wash out della dirigenza medica e sanitaria, lasciando impregiudicata la questione non marginale della declinazione delle funzioni per i nuovi attori e dei relativi livelli di responsabilità professionali. Alla fine, si lascia indisturbata l'Università, alla quale si rinnova l'appalto monopolistico della formazione, per creare un canale di accesso al lavoro low cost, cui non si risparmia nemmeno il sadismo di un doppio concorso. Hanno vinto il gattopardo e il padrone delle ferriere» conclude la nota, «che si illude di governare un sistema complesso come la sanità pagando il lavoro dei professionisti al massimo ribasso. Salvo commuoversi e indignarsi per l'ennesimo caso, ancora al

sud, di malapolitica sanitaria, frutto di tagli lineari e di deficit organizzativi, simbolo del malessere profondo in cui sta precipitando l'intera sanità pubblica.

**RASSEGNA STAMPA** CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

**ADDETTO STAMPA OMCEOSS [ufficiostampa@omceoss.org](mailto:ufficiostampa@omceoss.org) - 339 1816584**