

STRETTA SULLE PROFESSIONI SANITARIE

Il master sostituirà alcune lauree triennali

Master di primo livello rivisti e corretti per le professioni sanitarie per definire nuovi profili specialistici. Master che dovrebbero avere il 70% dei crediti formativi (oggi il 50%) definito dall'offerta formativa uguale in tutta Italia e il restante 30% basato sulle esigenze del territorio. Ma soprattutto master in grado di differenziare le attività delle professioni sanitarie che, per esigenze di adeguamento alla Ue, sono ormai sulla via della riduzione di numero: dalle 22 attuali dovrebbero passare - è questa l'ipotesi della Conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie - a 16.

A "saltare" sarebbero le professioni di infermiere pediatrico che diverrebbe master della professione infermieristica, terapista occupazionale e della neuropsicomotricità dell'età evolutiva che sarebbero master

di fisioterapia, educatore professionale sarebbe un master dei tecnici di riabilitazione psichiatrica, mentre le professioni di audiometrista e audioprotesiste sarebbero fuse in una unica. In dubbio la professione di assistente sanitario che per ora non ha corrispondenza nella Ue.

«Ne stiamo parlando all'Osservatorio delle professioni sanitarie al Miur – spiega il presidente della conferenza dei corsi di laurea e rettore della Sapienza di Roma Luigi Frati – cercando di trovare accordi con ministero della Salute e Regioni. Alla base esiste già un'ipotesi di riassetto organizzativo che si affiancherebbe a quella di riduzione dei profili da 22 a 16». Ovviamente caratteristica

dei master per le professioni deve restare quella di dare maggiori sbocchi occupazionali. «Direi che quelli specialistici, specie quando saranno meglio regolamentati come è nelle intenzioni dell'Osservatorio, sono l'ideale», spiega Angelo Mastrillo esperto dell'Osservatorio della conferenza nazionale dei corsi di laurea delle professioni sanitarie. Che lancia anche un allarme: «Per i master di coordinamento (ex caposala) si sta invece verificando un esubero formativo che sta determinando un preoccupante stato di disoccupazione e l'unica utilità certa di questi corsi sta diventando il riconoscimento dei crediti formativi acquisiti dai partecipanti al momento dell'iscrizione alla laurea magistrale».



l'Unità

Come si perdono i giovani talenti negli ospedali italiani

L'INTERVENTO CARLO SINI

FORSE SONO POCO INFORMATO, PERÒ CONOSCO BENE VARI CASI CONCRETI. PRENDO COME ESEMPIO UNA SITUAZIONE RIFERITA ALLA SANITÀ PUBBLICA, ma il problema è molto più generale ed esteso. La nuova normativa vieta di rinnovare incarichi a tempo definito a medici ospedalieri. Per riassumerli non basta più la finzione di un breve periodo di pausa, è invece necessario indire un concorso per un posto di ruolo.

La prima lettura suggerisce la lodevole intenzione di stroncare l'endemico male del precariato. Ogni ospedale può stabilizzare quei medici che da anni vi lavorano e danno buona prova di sé, nell'interesse generale e cioè di tutti. Non è però concesso di indire concorsi per i prossimi anni e anche se fosse possibile farlo, gli ospedali non sono in generale in grado di sopportarne la spesa. Ouindi, la normativa si traduce di fatto in un esteso licenziamento di personale sanitario (e non solo sanitario), con relativa chiusura o ridimensionamento di reparti e di interi piccoli ospedali. È difficile non pensare che questo fosse il fine reale del provvedimento. Esso non toglie il precariato, ma anzi getta in un precariato ancora più profondo categorie di persone che non lo meritano e che la società non avrebbe interesse alcuno a penalizzare. Abbiamo sovvenzionato per anni corsi di dottorato, formando non pochi studiosi e professionisti di valore, che però le università (che li avevano selezionati) o altre istituzioni non sono state in grado di assumere e che ora svolgono i più incredibili mestieri per sopravvivere, gettando alle ortiche le loro competenze.

Ma per tornare al mio esempio, ecco un medico che, con sacrifici e anni di studio e di lavoro non

pagato, ha conseguito una specializzazione di alta qualità e internazionale riconoscimento grazie al suo maestro universitario. Non può continuare la carriera accademica, sopravvivendo con occasionali borse di studio, perché non è ricco, e allora trova un incarico presso un ospedale. Qui il primario del reparto è, per ragioni di età, ignaro delle nuove tecniche che il giovane collega reca con sé; il reparto si giova ora di centinaia e centinaia di nuovi interventi chirurgici che estendono la fama dell'ospedale e la sua utilità pubblica. Ma ecco che la nuova normativa impedisce la riassunzione del brillante chirurgo (che se fosse andato in tempi più favorevoli in Svizzera o in Germania oggi sarebbe un professionista molto ben pagato). La situazione diventa allora la seguente: o il reparto ridimensiona i suoi interventi, sino al limite della chiusura; oppure assume a tempo determinato un altro medico di prima nomina, inevitabilmente meno titolato ed esperto di quello che ha perduto e che comunque non potrà riassumere in futuro. Ed è così che una tradizione di saperi si disperde: il più giovane non ha accanto nessuno che lo formi e chi potrebbe farlo deve cercarsi un altro impiego qualunque, ricorrendo anzitutto al sussidio di disoccupazione: ultima mortificante beffa e ulteriore uso perverso delle pubbliche risorse.

Si sente dire insistentemente che tra i mali della sanità lombarda ci sia l'ingerenza indebita nelle carriere ospedaliere di Comunione e liberazione. Non so se questo corrisponda a verità, ma ora alla prevaricazione privata si aggiunge la subdola manovra pubblica, che taglia la quantità senza tener presente la qualità, di fatto rendendoci più poveri, non

più ricchi. Senza parlare del danno reale e intollerabile inferto al destino di tanta gente, ignara di tutte queste manovre, ma che di fatto perde la salvaguardia della salute, passando di mano in mano, senza immaginare che cosa sta dietro questa girandola, che cosa rischia e che cosa perde. La nave affonda e noi buttiamo a mare come zavorra quei giovani e valenti ufficiali che potrebbero salvarla.

Nuove norme vietano di rinnovare incarichi a tempo determinato ai medici ospedalieri



Il Messaggero

Denaro a pioggia mentre tagliavano ospedali

Dal 2011 distribuiti 13 milioni, introdotti i ticket per i disabili

L'escalation dei pagamenti decisi dall'ufficio di presidenza della Pisana verso tutti i gruppi

Nello stesso periodo manovre a ripetizione per reperire nuovi fondi. Il Bollo auto più 10%

di MAURO EVANGELISTI

ROMA - Chissà cosa pensano i pazienti che anche per cinque notti restano bloccati sulle barelle degli ospedali romani perché la Regione Lazio, a causa dei debiti, è stata costretta a tagliare 2.800 posti letto nel 2010, di quello che sta emergendo in questi giorni. Del fatto che la stessa Regione, per la precisione il consiglio, nel 2011 ha generosamente distribuito 13 milioni di euro ai gruppi, ai partiti. I numeri sono perfino più impressionanti delle vacanze nei resort e delle cene con ostriche e champagne: a fine 2011 la Regio-

ne dà il via libera agli aumenti, di cir-ca il 15 per cento, dei biglietti dei treni regionali; c'è la crisi e i pendolari devono pagare, pure salato, servizio che non è certo inappuntabile; contemporaneamente, a inizio 2012, il consiglio regionale decide che ai

partiti non bastano 13 milioni, meglio aumentare e salire a 18, dieci volte di più di quanto avveniva in epoca Marrazzo.

È come se esistessero due Regioni Lazio: ce n'è una che tira la cinghia, abbassa da 1.400 milioni di euro a 850 in tre anni il disavanzo della sanità, imponendo per raggiungere questi obiettivi una cura pesante, fatta di tagli dei posti letto e chiusura dei piccoli ospedali: ai cittadini che protestano, si spiega che i conti sono in rosso, tutti dobbiamo fare sacrifici, diamine. C'è un'altra Regione Lazio, soprattutto quella di via della Pisana dove ha sede il consiglio, che non può rinunciare alle auto blu, magari più di una, a un vertiginoso incremento dei soldi a disposizione di Fiorito, ex capogruppo del Pdl, e degli altri, con un meccanismo folle, in cui di fatto nessuno controlla come vengano spese queste cifre. Convegni più o meno indimenticabili, cenoni in riva al lago, non bene precisate iniziative politiche, rimborsi chilometrici per consiglieri che pure guadagnano dodicimila euro al mese e non dovrebbero avere tutto questo bisogno di un ulteriore aiuto economico.

Allora seguiamole queste due Regioni parallele, quella dei sacrifici (per i cittadini) e delle spese folli (per i politici). A fine dicembre 2011 viene votata dalla maggioranza una manovra finanziaria molto dolorosa, che deve prendere atto dei tagli decisi dal governo. Alcuni esempi: riduce i fondi per i trasporti (ad Atac, l'azienda dei trasporti romani, non più 305 milioni di euro, ma solo 188 milioni, a Cotral, trasporti extraurbani, riduzione da 233 a 208 milioni). Sacrifici vengono chiesti agli assessorati: alla Cultura, ad esempio, si passa da 85 milioni a 47 milioni di euro. Non bastasse, i consiglieri regionali, anche quelli che trovano normale compilare rimborsi spese che farebbero impallidire un oligarca russo, alzano la mano e dicono sì a una manovra che aumenta del 10 per cento il bollo auto e che, anche a causa della manovre del governo, conferma l'aliquota Irpef a un livello record, 1,73. C'è la Regione Lazio che, ricordiamolo in sintesi, nel 2009 dava ai gruppi 980 mila euro, nel 2010 è passata a 2 milioni, nel 2011 a 13, nel 2012 a 18, concedendo ampia libertà di spendere quei soldi nei modi più fantasiosi; e c'è la Regione

Lazioche, impegnata nel piano di rientro dal maxi debito della sanità, è stata costretta a introdurre il ticket anche per i disabili nel 2011. Come coloro mai che vivevano e si arricchivano nella Regione Lazio 1 (quella delle spese folli) non provavano qualche disagio di fron-

te ai sacrifici che imponevano ai cittadini in carne e ossa della Regione Lazio 2 (tagli agli ospedali, incremento delle tasse, aumenti dei biglietti dei treni)?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In coincidenza dei maxi aumenti dimezzate le risorse per la cultura

Il Messaggero

Eliminati 2.800 posti letto nella sanità, l'Atac ha perso 120 milioni I SOLDI AI GRUPPI

5,4 milioni

Con la delibera numero 90 i contributi ai gruppi vengono incrementati per un importo da 1 a 5,4 milioni

5,4 milioni

La delibera numero 14 conferma la previsione di spesa per il funzionamento dei gruppi per l'anno 2011 a 5,4 milioni

5 APRILE 2011 **8,4 milioni**

La delibera numero 33 sulla variazione di bilancio, al capitolo 5, autorizza altri 3 milioni di spesa (in tutto 8,4 milioni)

19 LUGLIO 2011 **11,4 milioni**

La delibera 86, con una nuova variazione di bilancio al capitolo 5, alza la spesa di altri 3 milioni (in totale 11,4 milioni)

8 NOVEMBRE 2011 **14 milioni**

La delibera 72, con una nuova variazione di bilancio al capitolo 5, aumenta la spesa di altri 2,5 milioni. In totale: 14 milioni

2010 2.800

Due anni fa la Regione Lazio a causa dei debiti della gestione sanitaria ha tagliato 2.800 posti letto

DICEMBRE 2011 142 milioni

Con la manovra finanziaria di fine anno i trasporti subiscono un taglio di 142 milioni tra Atac e Cotral

38 milioni

Sempre con la manovra di fine 2011 le dotazioni della cultura vengono decurtate di 38 milioni

2011 **10**%

Per far fronte ai problemi di bilancio non ci sono solo i tagli di spesa: aumenta del 10% il bollo auto

1,**73**%

Il disavanzo sanitario fa scattare anche l'aumento dell'addizionale Irpef fino al livello record dell'1,73%



Il Consiglio regionale del Lazio





«Stop agli zuccheri a tavola Diabete, cure con le staminali»

Il clinico: speranze dal trapianto che genera insulina

È uscito un manuale alimentare che insegna come misurare calorie, zuccheri e grassi con consigli rivolti ai diabetici ma validi per tutti. Ne parliamo con Camillo Ricordi, docente negli Usa, esperto di staminali

Letizia Cini

E IL MASSIMO esperto mondiale di trapianti cellulari per il trattamento del diabete di tipo 1. Tanto che l'italiano Camillo Ricordi, direttore del Diabetes Research Institute (Dri) di Miami (Usa) ha dato il nome alla tecnica che prevede il prelievo di pancreas da donatore cadavere, la preparazione e l'isolamento delle isole di Langherans che contengono le cellule beta le quali producono l'insulina. Nei giorni scorsi a Roma per promuovere Guarda che cosa mangi, il primo manuale a misura di diabetici, presentato dalla Fondazione italiana diabete onlus (Fid), Ospedale Niguarda e Dri, il celebre clinico italo-americano, che non ha mai smesso di collaborare con i maggiori centri del nostro Paese, a partire dall'Ismett di Palermo, accetta di prefigurare i prossimi traguardi, che sembrano ormai vicini.

Professor Ricordi, il 2013 sarà un anno chiave per la ricerca sul diabete: quali le novità in arrivo?

«Rilevanti, direi: finalmente, il prossimo anno, partiranno molti test clinici sull'uomo e strategie sperimentali che offrono nuove speranze, a cominciare dall'atteso avvio della sperimentazione sull'uomo delle cellule staminali embrionali per la cura di questa patologia». Un messaggio di speranza...

«Che non deve creare false illusioni, anche se l'entusiasmo della ricerca è tanto».

Staminali embrionali, ma anche studi sulle staminali adulte e nuove molecole: il prossimo anno potrebbe dunque portare nuovi, importanti risultati?

«Nella lotta al diabete è fondamentale il ruolo svolto dalla ricerca scientifica,

che mira a trovare una cura definitiva. Importante anche il ruolo dell'alimentazione, che non solo deve essere sana, ma anche seguita con piena conoscenza dell'apporto di grassi e carboidrati per prevenire quelle oscillazioni nei livelli di glicemia che possono contribuire allo sviluppo di complicanze croniche».

Se gli stili di vita e la corretta alimentazione sono fondamentali per prevenire il diabete di tipo 2, contro quello di tipo 1 (che colpisce soprattutto i bambini ed è di origine autoimmune), la ricerca è essenziale?

«Certamente, per questo a breve partiranno i test sull'uomo per l'utilizzo delle staminali embrionali. I ricercatori sono infatti riusciti a generare cellule che producono insulina a partire dalle cellule staminali embrionali umane, e si è già dimostrato sugli animali che queste sono in grado di curare il diabete». Si tratta dell'unica via battuta?

«No, stiamo anche puntando sulle cellule staminali adulte, prelevate ad esempio dal tessuto adiposo, ma ci vorranno almeno 3-4 anni prima di arrivare a trial clinici sull'uomo, e puntiamo molto anche sul trapianto di isole pancreatiche e su tecniche innovative che inducano tolleranza verso le, cellule che producono insulina, evitando l'attac

co del sistema immunitario contro queste cellule del pancreas».

La scommessa del futuro?

«Sono allo studio nuove molecole, sia negli Stati Uniti sia in Italia, capaci di offrire nuove speranza per migliorare i risultati del trapianto di cellule che producono insulina. Obiettivo, arrivare a una cura definitiva contro il diabete, malattia 'epidemica' e in costante aumento, che oggi registra 4 milioni di morti l'anno nel mondo, 7 milioni di nuovi casi ogni anno, e 3 milioni di malati solo in Italia».

letizia.cini@quotidiano.net

GLICEMIA E RECETTORI, RICERCA ITALIANA

Una ricerca del San Raffaele ha svelato l'azione di una nuova categoria di farmaci in grado di prevenire il rigetto del trapianto di tessuto che produce insulina nel diabete 1 Molecole anti-recettore interagiscono sulle proteine chiave delle reazioni immunitarie come inibitori. In questo modo, dopo trapianto di isole pancreatiche, si otterrà l'attecchimento

Lo studio è coordinato
a Milano da Lorenzo
Piemonti del San
Raffaele, inizieranno
così i trial multicentrici
anche nelle persone
con diabete di tipo 1
allo stadio iniziale



Manager in cure del dolore

Al via i corsi sulle terapie palliative per nuovi responsabili in reparto

PAGINA A CURA DI

Paolo Del Bufalo

Tra due anni a partire da quest'anno accademico le cure palliative e la terapia del dolore saranno guidate da chi sarà in possesso del master di alta formazione e qualificazione in cure palliative. I nuovi master avviati con i decreti Università-Salute pubblicati sulla «Gazzetta Ufficiale» ad aprile 2012 in applicazione della legge 38/2010, sono cinque.

Corsia preferenziale

Quelli che apriranno la corsia preferenziale alla responsabilità dei reparti in ospedale e nei servizi sul territorio sono per l'alta formazione e qualificazione dei medici già specialisti in «terapia del dolore», «cure palliative» e «terapia del dolore e cure palliative pediatriche» e per gli psicologi un master di secondo livello in «cure palliative e terapia del dolore». C'è poi anche un master di primo livello in «cure palliative e terapia del dolore» per le professioni sanitarie. Master che sono presenti su quasi tutti i siti degli atenei dove c'è la facoltà di medicina e chirurgia.

Ai master, secondo la legge, possono accedere medici di medicina generale e medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, i medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore e per quanto riguarda le professioni gli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali. Ma si sta già lavorando per includere altre specializzazioni come medicina interna, ematologia e altre.

«Si tratta dei primi master che in area medica danno una qualificazione professionale e

la legge dice che in futuro solo chi avrà questo titolo potrà avere responsabilità nel settore», spiega Andrea Lenzi, presidente del Consiglio universitario nazionale e dei corsi di specializzazione in medicina.

Al master potrà accedere anche chi già lavora nel settore ed è quindi in possesso del titolo pregresso. «I corsi – aggiunge Lenzi – dovranno avere caratteristiche di vera e propria scuola di specializzazione, con la massima omogeneità di formazione sul territorio pur essendo organizzati dai singoli atenei e di questo ne abbiamo già parlato con i responsabili dei settori cure palliative».

Chance anche per chi lavora

«Questo però è solo l'inizio spiega Lenzi - e il master in cure palliative farà da apripista a una nuova generazione di titoli». I casi in cui potranno esserci master con queste potenzialità professionale sono infatti molti. Si tratta di tutte quelle aree grigie tra le specialità come in area chirurgica la chirurgia della mano o in area medica l'andrologia. Quest'ultima, ad esempio, è a cavallo tra urologia ed endocrinologia, ma «non è di nessuno - afferma Lenzi - con la conseguenza che quando si indica a un paziente la necessità di una visita andrologica questo si trova spaesato e non sa chi identificare».

Poker di specializzazioni

Stesso discorso per la chirurgia della mano, dove le specialità possibili sono anche di più: chirurgia plastica, neurochirurgia, chirurgia vascolare e ortopedica. «È meglio un chirurgo in grado di far rientrare tutto nella sua professionalità – spiega ancora Lenzi – altrimenti si rischia di avere a posto le ossa, ma non i nervi o ancora ottenere un risultato disastroso dal

punto di vista estetico».

Lenzi annuncia poi un'altra novità. La Sapienza di Roma ha concluso il primo ciclo di un master dedicato alla ricerca e sviluppo. «Abbiamo selezionato i nostri migliori dottorati o assegnisti di ricerca - illustra Lenzi - per sottoporli a un corso di alta formazione denominato R&D (research and development), in cui gli abbiamo insegnato a fare ricerca e sviluppo della loro ricerca, a essere piccoli manager di se stessi. In Italia si pensa sempre a pubblicare il dato scientifico, ma mai al brevetto. Così abbiamo messo questi giovani in contatto con il mondo dell'impresa e con il mercato perché il loro lavoro possa avere anche risvolti produttivi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Gli sbocchi più gettonati

I tre ambiti lavorativi di maggior interesse per i laureati in medicina

Ricerca e sviluppo



Risorse umane

Organizzazione

Fonte: AlmaLaurea

4,9%

Laureati specialistici nel 2010, intervistati a un anno dal titolo, che hanno partecipato a un master universitario di secondo livello





Il 15% della popolazione almeno una volta sul lettino. Accordo Comune-psicologi

Milanesi in coda dall'analisⁱ

Marisa de Moliner

Milano città stressante. Lo dimostrano i 160 mila milanesi che, almeno una volta nella vita si sono rivolti agli specialisti della mente. In pratica 15 milanesi ogni cento, al ritmo di 40mila all'anno.

È per questo motivo che nasce la figura dello «psicologo sostenibile»: un'opportunità, della durata d'un anno, offerta ai meno abbienti dall'Ordine degli psicologi della Lombardia e dall'assessorato alle Politiche Sociali. Una collaborazione che non finisce qui: all'ombra della Madonnina si sperimenterà lo psicologo di co di famiglia e lo psicologo ta». In Lombardia gli psicologi scolastico per aiutare i cittadini più giovani alle prese con 15.000, di cui quasi 6.000 resiproblemi non da poco. In ba- denti a Milano e provincia. se al documento, i due Enti Dalle stime, spiegano gli avviano «un proficuo rapporto di collaborazione per garan-

tire alla città l'indispensabile supporto delle competenze psicologiche», si legge in una nota dell'Ordine degli psicologi. L'innovativa intesa (primo esperimento del genere in Italia) nasce «dalla esigenza di sviluppare a livello cittadino una nuova cultura della salute mentale che si declina in

base che affiancherà il medi- tre ambiti di attività concreiscritti all'Albo sono circa esperti, i disagi più frequentti nella popolazione milanese e non solo, sono i disturbi connessi con l'ansia, il panico, la depressione e le dipendenze.

Il Protocollo verrà sottoscritto entro pochi giorni da Mauro Grimoldi, presidente Ordine degli Psicologi della Lombardia e da Pierfranceso Majorino, assessore alle Politiche Sociali.



SUL LETTINO

L'attore Francesco Nuti interpreta uno psicologo nel film degli anni Ottanta Caruso Paskoski

