



NOTIZIARIO REGIONALE

***Tecnici di Laboratorio Biomedico
Sezione Umbria***

ANNO 1

NUMERO 2

AVVISI E CONCORSI

ULSS N. 14 - CHIOGGIA

Bando di selezione pubblica, riservata ai disabili ai sensi della legge 12.3.1999 n. 68, di collaboratore professionale sanitario - tecnico sanitario di laboratorio biomedico - Cat. "D". Scadenza 14/03/2007

AZIENDE OSPEDALIERE UNITÀ SANITARIE LOCALI AZIENDA OSPEDALIERA «S. MARIA» TERNI

Avviso pubblico, per titoli e prova pratica, a n. 1 posto di collaboratore professionale sanitario - tecnico sanitario di laboratorio biomedico - cat. D da assegnare alla struttura complessa di immunoematologia e trasfusionale. Scadenza 06/03/2007

FONDAZIONE IRCCS - ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA - MILANO -

Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per la copertura a tempo determinato di n. 1 posto di collaboratore professionale sanitario Tecnico sanitario di laboratorio biomedico - Categoria «D» Scadenza 08/03/2007

CORSI DI AGGIORNAMENTO

- **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE
DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOCHIMICHE**

CORSO DI PERFEZIONAMENTO
“IL CONTROLLO DI QUALITÀ IN MEDICINA DI LABORATORIO” EDIZIONE 2007:
21-25 MAGGIO 2007
SEDE DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOCHIMICHE DELL’UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FIRENZE V.LE MORGAGNI, 50
DIRETTORE DEL CORSO: PROF. PAOLO ANTONIO NASSI

- **METODOLOGIE DIAGNOSTICHE INNOVATIVE IN BIOCHIMICA E BIOLOGIA MOLECOLARE CLINICA**

TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO
DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOCHIMICHE,
V.LE MORGAGNI 50, 50134 FIRENZE
17/04/2007

- **CORSO DI AGGIORNAMENTO: LA PROVA DEL DNA E LA GENETICA FORENSE**

TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO
MEDITERRANEO GRAND HOTEL FIRENZE
VIA LUNGARNO DEL TEMPIO, 42-44 – 50121
29/03/2007

- **GENETICA E TROMBOFILIE**

TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO
STAR HOTEL MICHELANGELO, VIALE F.LLI ROSSELLI, 2 FIRENZE
28/04/2007

- **SCUOLA NAZIONALE METODOLOGIE ANALITICHE IN SPETTROMETRIA DI MASSA**

TECNICO SANITARIO LABORATORIO BIOMEDICO
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PARMA, CAMPUS UNIVERSITARIO (EDIFICIO POLIFUNZIONALE)
21/05/2007

Svelato uno dei «segreti» della talassemia

La scoperta apre prospettive per la cura anche delle altre anemie

Un'equipe guidata da un ricercatore italiano ha chiarito il motivo per cui in questa malattia c'è un accumulo di ferro nell'organismo

NEW YORK – La beta-talassemia, una delle malattie del sangue più complesse e diffuse in Africa, nel Sud Est asiatico e nel bacino del Mediterraneo, che in Italia colpisce circa 5 mila persone, rivela in questi giorni uno dei suoi molti segreti. Un gruppo di ricercatori del Weill Medical College della Cornell University, sotto la direzione del dottor Stefano Rivella, uno scienziato di Torino che dopo gli studi a Pavia si è trasferito negli Stati Uniti, ha individuato il meccanismo genetico che causa il sovraccarico di ferro nei pazienti affetti da questa malattia, nota anche con il nome di anemia mediterranea.

TRASFUSIONI- Nella sua forma più severa - la beta-talassemia major - la terapia trasfusionale ripetuta è indispensabile per prolungare la sopravvivenza. Una delle complicazioni più serie di questa affezione cronica è l'accumulo di ferro in organi come il fegato, il cuore e le ghiandole endocrine, che può causare cirrosi epatica, cancro, collasso cardiaco, diabete, osteoporosi e danni alla crescita. Per queste ragioni il paziente dev'essere sottoposto di continuo a terapie di chelazione del ferro per eliminarne la presenza in eccesso dall'organismo. «Si era sempre creduto – spiega il dottor Rivella – che il sovraccarico di ferro che si riscontra nella beta-talassemia fosse dovuto solo alle trasfusioni. Ma da alcuni anni gli esperti avevano cominciato a notare che perfino i pazienti con beta-talassemia intermedia non sottoposti a trasfusioni presentavano elevati livelli di ferro dovuti ad un aumento di 3-4 volte dell'assunzione attraverso

l'intestino». L'eccessivo accumulo di ferro doveva quindi risalire anche ad altre cause. Quali?

ASSORBIMENTO AUMENTATO -Una delle novità di questa ricerca è la scoperta che l'assorbimento del ferro è regolato da tre fattori: il livello di anemia, la quantità di ferro già presente nell'organismo e la quantità di epcidina e ferroportina. Queste due proteine agiscono rispettivamente come «sensore» dei livelli di ferro e di «trasportatore» delle molecole di questa sostanza attraverso l'intestino. «Abbiamo notato», precisa Rivella, «che nelle talassemie i geni che controllano le due proteine epcidina e ferroportina sono sbilanciati. Di conseguenza, il corpo consente un eccessivo ingresso di ferro attraverso l'intestino, fino a raggiungere livelli patologici».

Allo studio, oltre a ricercatori del Children's Hospital, della Harvard Medical School di Boston e delle università di Oporto e Tel Aviv, hanno partecipato anche le dottoresse Sara Gardenghi, Laura Breda e Maria Franca Marongiu. «Ovviamente – aggiunge Sara Gardenghi, borsista al Weill Medical College grazie a un finanziamento dell'Associazione Veneta per la Lotta alla Talassemia di Rovigo - esistono ragioni legate alla stessa malattia che incoraggiano l'assunzione eccessiva di ferro». Nei topi da laboratorio normali, resi anemici in maniera transitoria, la quantità di epcidina diminuisce, perché il ferro è richiesto dall'organismo per produrre i globuli rossi

mancanti. Se nei topi invece si inietta del ferro, il livello di epcidina sale, allo scopo di prevenire un accumulo di ferro eccessivo. Nei casi di talassemia tutto questo delicato equilibrio è invece sconvolto e l'anemia coesiste con il sovraccarico di ferro. Come mai?

CURA SPERIMENTALE - Per chiarire il mistero, i ricercatori hanno deciso di misurare il sovraccarico di ferro in topi geneticamente modificati per riprodurre i vari livelli di beta-talassemia e il dottor Rivella ha addirittura «inventato» il primo esemplare di topo affetto dalla beta-talassemia major. Allo scopo di riprodurre il più possibile le condizioni dei pazienti umani, la dottoressa Gardenghi ha inoltre effettuato per mesi trasfusioni su topi affetti da talassemia, migliorando l'anemia e studiando i corrispondenti livelli di epcidina e ferroportina e il sovraccarico di ferro in tali condizioni. La novità più importante di questa scoperta è la possibilità di tenere l'assorbimento di ferro sotto controllo regolando il livello di epcidina nel sangue. Da qui, in un secondo momento, si spera di arrivare allo sviluppo di terapie per il controllo dell'assorbimento e l'accumulazione del ferro non soltanto nella talassemia ma anche in altre forme di anemie.

Epatite B: disponibile anche in Italia una nuova terapia con una alta barriera genetica

E' ora disponibile anche in Italia entecavir, nuovo trattamento orale contro l'infezione cronica da virus dell'epatite B: l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), infatti, ha dato il via alla commercializzazione di questo farmaco sviluppato nei laboratori della Bristol-Myers Squibb, primo farmaco specificamente disegnato per bloccare la replicazione del virus responsabile dell'epatite B (HBV), indicato nei pazienti adulti con epatite B cronica con malattia epatica compensata ed evidenza di replicazione virale attiva, persistente aumento dei livelli di aminotrasferasi nel sangue e malattia epatica istologicamente attiva.

Entecavir si caratterizza per un basso rischio di sviluppare resistenza. Sono necessarie infatti almeno tre mutazioni differenti per generare un ceppo virale resistente ad entecavir: si tratta pertanto di un farmaco ad "alta barriera genetica". In Italia, sono circa 900.000 le persone contagiate dal virus dell'epatite B e quasi un terzo degli infetti risulta aver sviluppato la malattia cronica. In tutto il mondo sono più di 2 miliardi le persone contagiate e 350-400 milioni in forma cronica. L'epatite B è la decima causa di morte in tutto il mondo, con 1,2 milioni di decessi l'anno, e l'infezione cronica da epatite B è la causa principale del carcinoma epatocellulare, una forma di cancro del fegato. Il virus dell'epatite B è 100 volte più contagioso di quello dell'HIV, che causa l'Aids. La misurazione della quantità di virus dell'epatite B nel sangue, detta 'carica virale', può essere un modo significativo per prevedere la progressione verso malattie epatiche importanti quali il cancro del fegato. L'infezione cronica è considerata fattore responsabile dell'80% dei casi di cancro del fegato al mondo. "I portatori di infezione cronica da HBV e HCV mostrano un rischio relativo di sviluppare un tumore epatico cento volte maggiore rispetto ai soggetti non portatori, rischio che diminuisce nei casi in cui l'infezione sia contratta in età adulta - ha detto il prof. Antonio Craxì, ordinario di medicina interna all'università di Palermo -

Entecavir è un farmaco di prima linea che va somministrato per i pazienti che non hanno mai utilizzato l'altro farmaco, la lamivudina che sviluppa invece resistenze e che non farebbe ottenere risultati eccellenti". L'esperto ha poi sottolineato l'importanza delle vaccinazioni perchè con l'immigrazione e il sesso commerciale, una nuova serie di epatite B acuta si sta ora affacciando in Italia. "Il 50% delle persone con epatite B hanno un'infezione inattiva, con poco virus che può in ogni momento trasformarsi in malattia cronica, sfociare in cirrosi e arrivare fino al cancro epatico - ha aggiunto il prof. Mario Rizzetto, direttore dipartimento malattie apparato digerente dell'azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino - la terapia migliore è l'inibizione del virus con una terapia che permette di abbattere velocemente e in profondità la viremia in modo di evitare resistenze".

"Entecavir - ha aggiunto il prof. Giampiero Carosi, direttore dell'istituto malattie infettive e tropicali all'università di Brescia e presidente della Simit (società italiana di malattie infettive e tropicali) - è un potente antivirale che agisce in maniera selettiva sul virus HBV inibendone il DNA polimerasi, l'enzima che serve al virus per replicarsi, il fattore che maggiormente incide in termini di progressione della malattia. L'efficacia di un farmaco è espressa dalla percentuale dei pazienti che arrivano alla non rilevabilità del virus nel sangue: entecavir ha dimostrato un'azione estremamente efficace nel ridurre a valori non rilevabili nei diversi tipi di pazienti con epatite cronica da HBV" Entecavir è reso disponibile dal Servizio Sanitario Nazionale in classe H.

RICERCA: OTTENUTI NEURONI DA STAMINALI PRELEVATE DA PELLE UMANA

Roma, 22 feb. (Adnkronos Salute) - Neuroni 'nuovi di zecca' ottenuti grazie alle staminali prelevate dalla pelle umana. Le cellule nervose ottenute in coltura, "potrebbero in futuro rappresentare una fonte di 'pezzi di ricambio' per far fronte a diverse malattie neurodegenerative come il Parkinson", spiegano sul Journal of Cellular Physiology i ricercatori canadesi della facoltà di Medicina dell'università di Laval. (...)

Nuove speranze per la "Pompe"

UNA NUOVA cura per la glicogenosi di tipo II o "malattia di Pompe", rara sindrome ereditaria, mortale entro il primo anno di vita, potrebbe essere stata individuata da ricercatori dell'università di Napoli finanziati in parte da Telethon. I test preliminari su linee cellulari, pubblicati su Molecular Therapy, hanno dato risultati positivi. La malattia è dovuta a un gene difettoso che produce un enzima malfunzionante. Unica cura disponibile, l'enzima sintetizzato in laboratorio ma la cui vendita era stata sospesa anni fa perché poco redditizia. Così i ricercatori napoletani hanno tentato un altro tipo di approccio, basato sugli "chaperon farmacologici", farmaci capaci di stimolare la maturazione dell'enzima difettoso presente nell'organismo.

NOTIZIE PROFESSIONALI

"Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"

Legge 1 febbraio 2006, n. 43

ART. 1. (Definizione).

1. Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione.

2. Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1.

3. Le norme della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano in quanto compatibili con i rispettivi statuti speciali e le relative norme di attuazione.

ART.2. (Requisiti).

1. L'esercizio delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, è subordinato al

conseguimento del titolo universitario rilasciato a seguito di esame finale con valore abilitante all'esercizio della professione. Tale titolo universitario è definito ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera c), è valido sull'intero territorio nazionale nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni ed è rilasciato a seguito di un percorso formativo da svolgersi in tutto o in parte presso le aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale, inclusi gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), individuate dalle regioni, sulla base di appositi protocolli d'intesa tra le stesse e le università, stipulati ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Fermo restando il titolo universitario abilitante, il personale del servizio sanitario militare, nonché quello addetto al comparto sanitario del Corpo della guardia di finanza, può svolgere il percorso formativo presso le strutture del servizio stesso, individuate con decreto del Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo. Per il personale addetto al settore sanitario della Polizia di Stato, alle medesime condizioni, il percorso formativo può essere svolto presso le stesse strutture della Polizia di Stato, individuate con decreto del Ministro dell'interno di concerto con il

Ministro della salute, che garantisce la completezza del percorso formativo.

2. Gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea di cui al comma 1 sono definiti con uno o più decreti del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni. L'esame di laurea ha valore di esame di Stato abilitante all'esercizio della professione. Dall'applicazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le università possono procedere alle eventuali modificazioni dell'organizzazione didattica dei corsi di laurea già esistenti, ovvero all'istituzione di nuovi corsi di laurea, nei limiti delle risorse a tal fine disponibili nei rispettivi bilanci.

3. L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge.

4. L'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica.

5. All'articolo 3-bis, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: ", ovvero espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale".

6. All'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 è aggiunto il seguente:

"2-bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al

periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale".

ART.3.

(Istituzione degli ordini delle professioni sanitarie).

1. In ossequio all'articolo 32 della Costituzione e in conseguenza del riordino normativo delle professioni sanitarie avviato, in attuazione dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, nonché delle riforme degli ordinamenti didattici adottate dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, al fine di adeguare il livello culturale, deontologico e professionale degli esercenti le professioni in ambito sanitario a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea, la presente legge regola le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, nel rispetto dei diversi *iter* formativi, anche mediante l'istituzione dei rispettivi ordini ed albi, ai quali devono accedere gli operatori delle professioni sanitarie esistenti, nonché di quelle di nuova configurazione.

ART.4.

(Delega al Governo per l'istituzione degli ordini ed albi professionali).

1. Il Governo è delegato ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi al fine di istituire, per le professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, i relativi ordini professionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nel rispetto delle competenze delle regioni e sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) trasformare i collegi professionali esistenti in ordini professionali, salvo quanto previsto alla lettera b) e ferma restando, ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del citato decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, l'assegnazione della professione

dell'assistente sanitario all'ordine della prevenzione, prevedendo l'istituzione di un ordine specifico, con albi separati per ognuna delle professioni previste dalla legge n. 251 del 2000, per ciascuna delle seguenti aree di professioni sanitarie: area delle professioni infermieristiche; area della professione ostetrica; area delle professioni della riabilitazione; area delle professioni tecnico-sanitarie; area delle professioni tecniche della prevenzione;

b) aggiornare la definizione delle figure professionali da includere nelle fattispecie di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, come attualmente disciplinata dal decreto ministeriale 29 marzo 2001;

c) individuare, in base alla normativa vigente, i titoli che consentano l'iscrizione agli albi di cui al presente comma;

d) definire, per ciascuna delle professioni di cui al presente comma, le attività il cui esercizio sia riservato agli iscritti agli ordini e quelle il cui esercizio sia riservato agli iscritti ai singoli albi;

e) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un unico ordine per due o più delle aree di professioni sanitarie individuate ai sensi della lettera a);

f) definire le condizioni e le modalità in base alle quali si possa costituire un ordine specifico per una delle professioni sanitarie di cui al presente comma, nell'ipotesi che il numero degli iscritti al relativo albo superi le ventimila unità, facendo salvo, ai fini dell'esercizio delle attività professionali, il rispetto dei diritti acquisiti dagli iscritti agli altri albi dell'ordine originario e prevedendo che gli oneri della costituzione siano a totale carico degli iscritti al nuovo ordine;

g) prevedere, in relazione al numero degli operatori, l'articolazione degli ordini a livello provinciale o regionale o nazionale;

h) disciplinare i principi cui si devono attenere gli statuti e i regolamenti degli ordini neocostituiti;

i) prevedere che le spese di costituzione e di funzionamento degli ordini ed albi professionali di cui al presente articolo siano poste a totale carico degli iscritti, mediante la fissazione di adeguate tariffe;

l) prevedere che, per gli appartenenti agli ordini delle nuove categorie professionali, restino confermati gli obblighi di iscrizione alle gestioni previdenziali previsti dalle disposizioni vigenti.

2. Gli schemi dei decreti legislativi predisposti ai sensi del comma 1, previa acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia, che sono resi entro quaranta giorni dalla data di trasmissione. Decorso tale termine, i decreti sono emanati anche in mancanza dei pareri. Qualora il termine previsto per i pareri dei competenti organi parlamentari scada nei trenta giorni che precedono o seguono la scadenza del termine di cui al comma 1, quest'ultimo s'intende automaticamente prorogato di novanta giorni.

ART.5.

(Individuazione di nuove professioni in ambito sanitario).

1. L'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251, il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute.

2. L'individuazione è effettuata, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla presente legge, mediante uno o più accordi, sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e recepiti con decreti del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri.

3. L'individuazione è subordinata ad un parere tecnico-scientifico, espresso da apposite commissioni, operanti nell'ambito del Consiglio superiore di sanità, di volta in volta nominate dal Ministero della salute, alle quali partecipano esperti designati dal Ministero della salute e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e i rappresentanti degli ordini delle professioni di cui all'articolo 1, comma 1, senza oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, la partecipazione alle suddette commissioni non comporta la corresponsione di alcuna indennità o compenso né rimborso spese.

4. Gli accordi di cui al comma 2 individuano il titolo professionale e l'ambito di attività di ciascuna professione.

5. La definizione delle funzioni caratterizzanti le nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse.

ART.6.

(Istituzione della funzione di coordinamento).

1. In conformità all'ordinamento degli studi dei corsi universitari, disciplinato ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, il personale laureato appartenente alle professioni sanitarie di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge, è articolato come segue:

a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito

anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'articolo 4 della legge 26 febbraio 1999, n. 42;

b) professionisti coordinatori in possesso del *master* di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

c) professionisti specialisti in possesso del *master* di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 128 del 5 giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni.

2. Per i profili delle professioni sanitarie di cui al comma 1 può essere istituita la funzione di coordinamento, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tal fine, l'eventuale conferimento di incarichi di coordinamento ovvero di incarichi direttivi comporta per le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche interessate, ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251, l'obbligo contestuale di sopprimere nelle

piante organiche di riferimento un numero di posizioni effettivamente occupate ed equivalenti sul piano finanziario.

3. I criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private sono definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con apposito accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

4. L'esercizio della funzione di coordinamento è espletato da coloro che siano in possesso dei seguenti requisiti:

a) *master* di primo livello in *management* o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza, rilasciato ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

5. Il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, incluso quello rilasciato in base alla pregressa normativa, è valido per l'esercizio della funzione di coordinatore.

6. Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali.

7. Le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nelle aree caratterizzate da una determinata specificità assistenziale, ove istituiscano funzioni di coordinamento ai sensi del comma 2, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale.

ART.7. (Disposizioni finali).

1. Alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione già riconosciute alla data di entrata in vigore della presente legge continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, salvo quanto previsto dalla presente legge.

2. Con il medesimo procedimento di cui all'articolo 6, comma 3, della presente legge, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate, si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. La presente legge non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

ORDINI E ALBI

Il 12 febbraio l'Assemblea della Camera dei Deputati ha iniziato la discussione del DDL 1609 per approvare la deroga per il Governo a rinviare di 12 mesi l'applicazione della Legge 43. Come emerge dagli interventi in Aula mentre i Parlamentari della maggioranza sono favorevoli a tale deroga, l'opposizione chiede invece che si dia immediata applicazione alla Legge 43. E questo, indipendentemente dall'iter governativo della generale "Riforma Ordinistica" il cui DDL del Ministro della Giustizia On. Clemente **Mastella** è stato presentato il 24 gennaio 2007, con atto n. 2160, "Delega al Governo in materia di professioni intellettuali" e assegnato il 7 febbraio in sede referente alle Commissioni riunite II Giustizia e X Attività produttive.

12/02/2007 **News**

Professioni
sanitarie:
avviata la
discussione alla
Camera

Il Governo, una volta approvato il disegno di legge presentato dal ministro della Salute Livia Turco approdato oggi nell'aula di Montecitorio, dove si è svolta la discussione generale, avrà tempo fino al 4 settembre 2007 per emanare il provvedimento di attuazione della legge che istituisce gli ordini delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione.

La legge del 1° febbraio 2006 fissava al 4 settembre 2006 il termine per l'emanazione del decreto legislativo, e l'attuale Governo ne ha discusso nel Consiglio dei ministri in tempo utile, ma in quella sede è emersa l'opportunità di ricollegare la regolamentazione del settore all'interno della riforma degli ordini professionali. Di qui il rinvio di un anno, anche se l'opposizione teme (Leopoldo Di Girolamo, Fi) che si tratti di un rinvio "sine die".