



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Oltre 1.400 chance nella sanità

I profili? Medici, infermieri e ricercatori, ma anche figure gestionali. In tutta Europa

Professione medico, infermiere o anche operatore sanitario e ottico. Sono diverse le opportunità di lavoro in ambito sanitario anche all'estero. A partire dalle 1.200 chance segnalate da Eures, Afol Metropolitana e l'Università Bicocca per medici e infermieri in Europa (www.unimib.it).

Sono ricercati centinaia di laureandi o neolaureati, radiologi, dentisti e infermieri in cinque Paesi europei (Inghilterra, Irlanda, Germania Belgio e Svezia). Tra le posizioni aperte spicca la Svezia che cerca oltre 850 figure diverse e la Germania con oltre 100 posti. Tra gli ospedali c'è anche il St. George's, uno dei più grandi di Londra, che cerca 50 infermieri in Italia.

La mobilità lavorativa in Eu-

ropa è facilitata da Eures, la rete europea per l'impiego, un'agenzia di collocamento sovranazionale, coordinata dalla Commissione Europea che coinvolge la Svizzera e i Paesi appartenenti allo Spazio economico europeo. Da segnalare a questo proposito anche il progetto Your First Eures Job 4.0 gestito dal ministero del Lavoro e delle Politiche sociali che sostiene giovani dai 18 ai 35 anni che si affacciano al mercato del lavoro o che desiderano cambiare, guardando all'Europa.

Articolo 1 segnala poi l'apertura di 35 posizioni per ottici in diverse regioni d'Italia. Sono necessari poi 20 operatori socio-sanitari per residenze per anziani e 20 infermieri professionali in Lombardia e

Veneto (sanita@articolo1.it). Randstad invece ricerca 80 profili in ambiti sanitario sul territorio nazionale. In particolare le selezioni sono rivolte a operatori socio sanitari, fisioterapisti, ma anche a tecnici, analisti di laboratorio, manager e operatori con ruoli di coordinamento nei centri sanitari (www.randstad.it).

Mentre sul sito dell'Humanitas di Rozzano, in provincia di Milano, ci sono 9 *job vacancy*, tra cui un infermiere per la terapia intensiva, un medico di pronto soccorso, un tecnico di laboratorio, un medico oncologo (www.humanitas.it; *lavora con noi*).

E all'ospedale Villa Scassi di Genova fino al 3 giugno è possibile candidarsi per 3 borse di studio per laureati in infer-

mieristica (www.asl3.liguria.it).

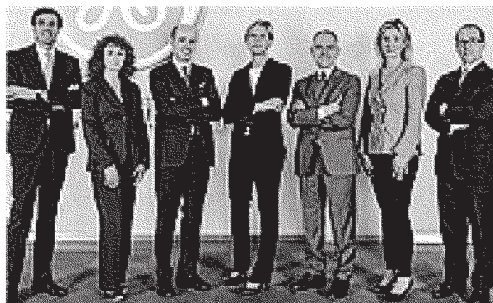
Infine GE Healthcare, la divisione medica di General Electric, è alla ricerca di 12 candidati per sede centrale di Milano. Le figure richieste in questo caso sono ingegneri clinici, specialisti di affari regolatori, commerciali, legali per l'ufficio compliance, ma anche giovani per un progetto di alternanza scuola-lavoro e internship.

Non mancano le opportunità di crescita all'estero, con ruoli di responsabilità, quali responsabile di prodotto, marketing manager ed esperto di tecnologie IT (www.ge.com/careers).

Irene Consigliere
IreConsigliere

1.800

e oltre, **le opportunità** dal mondo della sanità fino alle grandi catene della ristorazione



Il board di GE Healthcare Italia. Terzo da sinistra Marco Campione, presidente e ceo di GE Healthcare per l'Italia e i Paesi del Sud Europa

Sanità24

DAL GOVERNO

Specializzazioni mediche, on line il bando Miur per l'accesso alle Scuole: 6.718 posti. Il calendario delle prove



La ministra dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, **Stefania Giannini**, ha firmato il bando per l'accesso alle Scuole di specializzazione in Medicina. Il bando è disponibile sul sito del Miur.

Le prove si svolgeranno dal 19 al 22 luglio. I contratti a disposizione sono 6.718, di cui 6.133 messi a disposizione dallo Stato, i rimanenti da Regioni e altri Enti. Si tratta di 355 contratti in più rispetto al 2015.

“Sulle Specializzazioni Mediche c'è stato un impegno costante da parte del nostro Governo per ridurre la forbice tra laureati e posti nelle scuole. Due anni fa, quando ci siamo insediati, partivamo da una base di 3.300 contratti che siamo poi riusciti a portare a 5.000. Lo scorso anno partivamo da poco più di 4.000 contratti e, con uno sforzo importante di questa amministrazione, siamo riusciti a garantirne 6.000. Quest'anno, con la legge di Stabilità, abbiamo messo risorse per fare in modo che il numero di contratti statali d'ora in poi non possa essere inferiore a 6.000 all'anno”, ricorda la ministra Giannini.

Le iscrizioni alle prove fino al 7 giugno

Al concorso possono partecipare tutti i laureati in Medicina e Chirurgia che abbiano conseguito il titolo prima del termine di scadenza per la presentazione della domanda di iscrizione. Ciascun candidato potrà iscriversi esclusivamente

on line sul portale University (www.university.it) . La procedura sarà attivata martedì 24 maggio 2016 e si chiuderà inderogabilmente alle ore 15.00 di martedì 7 giugno 2016. Ogni candidato, all'atto di iscrizione, potrà scegliere un massimo di 3 Scuole (non più di 2 per Area: Medica – Chirurgica – dei Servizi clinici) e indicare l'ordine di preferenza delle sedi. La data di inizio delle attività didattiche è fissata in concomitanza con l'inizio dell'anno accademico per l'1 novembre 2016.

Il link al bando:

<http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/universita/dettaglio-news/-/dettaglioNews/viewDettaglio/39250/11216>

Il calendario delle prove

Prima parte comune a tutte le tipologie di Scuola 19 luglio 2016 - inizio ore 12.00
Seconda parte - Scuole di AREA MEDICA 20 luglio 2016 - inizio ore 12.00
Seconda parte - Scuole di AREA CHIRURGICA 21 luglio 2016 - inizio ore 12.00
Seconda parte - Scuole di AREA DEI SERVIZI CLINICI 22 luglio 2016 - inizio ore 12.00

La prova d'esame consiste nella soluzione di 110 quesiti a risposta multipla: 70 comuni a tutti i candidati, 30 specifici per ciascuna Area, 10 specifici per tipologia di Scuola. I 70 quesiti comuni saranno riferiti ad argomenti caratterizzanti il corso di laurea in Medicina e Chirurgia e inerenti la formazione clinica del percorso di studi. Ogni risposta esatta vale 1 punto, ogni risposta non data 0 punti, ogni risposta errata -0,30. La valutazione dei 10 quesiti specifici per ciascuna Scuola ha un peso maggiore: 2 punti per ogni risposta esatta, 0 per ogni risposta non data e -0,60 per ogni risposta errata.

Per lo svolgimento delle prove di ammissione è assegnato un tempo di:

- 95 minuti per i 70 quesiti della prima parte della prova;
- 48 minuti per i 30 quesiti della seconda parte della prova comune per Area;
- 19 minuti per i 10 quesiti della seconda parte della prova specifica per singola tipologia di Scuola.

I candidati avranno a disposizione computer privi di tastiera, non connessi a Internet, sui quali sarà possibile operare esclusivamente attraverso un mouse. L'elenco delle sedi di svolgimento della prova di ammissione sarà pubblicato entro mercoledì 29 giugno 2016 sul sito www.university.it .

Le graduatorie saranno pubblicate giovedì 11 agosto 2016 sul sito riservato alle Specializzazioni a cui si accede da www.university.it. L'ultimo scorrimento delle graduatorie quest'anno avverrà entro il 26 ottobre 2016.

quotidianosanita.it

Sabato 21 MAGGIO 2016

Campania. Il Piano ospedaliero inviato ai ministeri. De Luca: "Una buona base di partenza". Il testo

"Nessun ospedale sarà chiuso", ha assicurato il governatore campano. Entro 12 mesi dall'entrata in vigore del piano dovrà essere attivata la rete oncologica pediatrica. In totale della dotazione di posti letto è di 19.628 unità (3,52 per 1000 abitanti), di cui 16.486 per acuti e 3.142 post-acuzie che portano all'attivazione di nuovi 1.424 posti letto aggiuntivi. Restano alcuni punti controversi, come l'offerta sanitaria sulle Isole. [ECCO IL TESTO.](#)

È stato tradotto in decreto commissariale e trasmesso a Roma per l'ok definitivo dai ministeri vigilanti (Salute ed Economia), il Piano ospedaliero regionale. Poche le novità rispetto alla bozza anticipata nelle settimane scorse da *Quotidiano Sanità* con il completo riassetto di servizi, posti letto, unità assistenziali e reti di cura (tempo dipendenti come ictus, infarto e trauma) e cliniche (come dolore, diabete, pediatria, oncologia ecc.). Tutto è nero su bianco nelle 194 pagine, tabelle comprese, allegate al decreto firmato dal commissario ad acta **Joseph Polimeni** e dal suo vice **Claudio D'Amario**.

Nessun ospedale sarà chiuso

Le note positive rilanciate anche dal presidente della Regione **Vincenzo De Luca**, nel consueto appuntamento settimanale con i microfoni di *Lira Tv* nella sua Salerno, è che considera una buona base il Piano ospedaliero appena approvato e proposto ai ministeri.

"Il nuovo piano ospedaliero della Campania – dice De Luca - recepisce le posizioni della Regione al 90%. Nessun ospedale sarà chiuso, a differenza di quanto prevede l'unico atto amministrativo in vigore, il decreto 49 approvato dal presidente della precedente giunta regionale e dal subcommissario alla Sanità (rispettivamente Stefano Caldoro e Mario Morlacco) che portava alla chiusura di una decina di ospedali a Napoli ed alla chiusura in particolare di tutti quelli della città di Napoli in vista della apertura dell'Ospedale del mare». «Avevamo posto dei vincoli ai commissari alla Sanità, il primo dei quali era la non chiusura degli ospedali. Ora - aggiunge - aumentiamo il numero di posti letto di circa 1400 unità, incrementiamo di molto i posti letto per la provincia di Caserta, che era la più penalizzata, ma anche per Napoli e Salerno. Si sono evitate duplicazioni e rispettati i parametri previsti dallo Stato. A me pare un ottimo lavoro di base. Poi ci sono alcuni piccoli aggiustamenti da fare per errori materiali ma è di straordinaria importanza aver messo a punto un piano ospedaliero estremamente dignitoso e ragionevole". A breve ci sarà la chiusura dei contratti con le strutture private accreditate.

"Davvero - secondo De Luca - comincia la grande sfida per fare di quella della Campania una sanità leader. Vogliamo eliminare le liste d'attesa lunghissime, la mobilità passiva con 300 milioni di euro che regaliamo a Regioni del Nord per il trasferimento dei nostri malati sviluppare reti emergenza e urgenza, e sviluppare seriamente per la prima volta la medicina territoriale. Cominceremo da subito incontri con medici di base, per non congestionare pronti soccorso, nell'ottica della tutela della salute e del risparmio".

Arriva la rete oncologica pediatrica

Entro dodici mesi dall'approvazione del Piano dovrà decollare la rete oncologica pediatrica ricorrendo a forme innovative di integrazione organizzativa tra cui l'eventuale istituzione di un Dipartimento

interaziendale. Tra le novità l'identificazione del Cotugno (Azienda dei Colli) quale centro regionale per le malattie infettive pediatriche, l'attribuzione al Santobono di Centro regionale per le emergenze neuropsichiatriche infantili, la costituzione al Cto di un centro per l'ortopedia geriatrica.

Patologie fetali al Monaldi

Infine l'identificazione, al Monaldi, di un centro di III Livello a valenza regionale per le patologie fetali nell'ambito della rete pediatrica per offrire risposte assistenziali nella diagnosi prenatale anche in considerazione delle tematiche relative a Terra dei Fuochi. Un centro ad elevati standard di assistenza articolato sulla Cardiologia pediatrica, la Cardiochirurgia pediatrica e la terapia intensiva neonatale con ambulatori per la gestione ed il monitoraggio della gravidanza dedicati. Spariscono infine, le unità operative di Fisiopatologia della riproduzione umana dirottando i centri pubblici per la Pma (Procreazione medicalmente assistita) nelle ginecologie. Una scelta di campo in contrasto con le linee guida delle società scientifiche di settore.

I posti letto

In totale della dotazione di posti letto è di 19.628 unità (3,52 per 1000 abitanti), di cui 16.486 per acuti e 3.142 post-acuzie che portano all'attivazione di nuovi 1.424 posti letto aggiuntivi. "A me pare un ottimo lavoro di base. Un piano ospedaliero dignitoso e ragionevole".

Si parte con le reti dell'urgenza (infarto, ictus e trauma) e per l'emergenza pediatrica, che investono anche il riordino delle Case di cura impegnate nel complesso snodo della riconversione per quelle sotto dimensionate (40-60 letti) e neuropsichiatriche. Potenziato il comprensorio di Napoli, anche a compensazione delle carenze di Napoli 3 sud e Napoli 2 nord. Territori con pochi ospedali mal distribuiti per i quali serviranno tempi più lunghi e investimenti in edilizia ospedaliera. Recuperati il Maresca di Torre del Greco, l'ospedale di Scafati, il Da Procida (che diventa polo regionale della riabilitazione). In deroga alle chiusure programmate rientrano in pista Castiglione di Ravello, annesso al Ruggi di Salerno, Roccadaspide e Agropoli (già centro ambulatoriale ad indirizzo Oncologico e struttura residenziale per cure palliative e attività territoriali per i disturbi del comportamento alimentare). Tutti potranno contare su 20 posti letto di medicina cui potrà appoggiarsi anche una chirurgia ambulatoriale e il pronto soccorso. Il Da Procida sarà potenziato a centro di riabilitazione regionale.

Il territorio

"Un Piano da articolare anche con il riordino dell'assistenza sul territorio – aggiunge **Gennaro Volpe**, dirigente della Asl Napoli 1 e fresco di nomina al vertice della Confederazione delle associazioni regionali di Distretto riunita nei giorni scorsi a Napoli – insieme al governatore De Luca abbiamo già svolto in Regione diverse riunioni finalizzate ad individuare soluzioni utili a migliorare il processo di assistenza sanitaria. Attraverso la valorizzazione della medicina territoriale e distrettuale sarà possibile contribuire ad una drastica diminuzione dei pazienti che in maniera poco appropriata oggi si recano al pronto soccorso degli ospedali per cercare risposte ai bisogni di salute ed evitare fenomeni come quello delle barelle che affollano le emergenze degli ospedali. In questo processo i medici di medicina generale avranno un ruolo determinante in quanto potranno contribuire ad indirizzare i pazienti verso strutture potenziate e migliorate nell'offerta di servizi al cittadino".

I privati

Sotto i riflettori i contratti con cliniche e centri specialistici da chiudere entro maggio. Qui i nodi non mancano, dalla sottostima del tetto di spesa per le Case di cura ai ritardi nei pagamenti a Napoli 1 sulle attività correnti. Senza contare le tariffe della riabilitazione da mettere a punto.

I punti controversi

Restano alcuni punti controversi, come l'offerta sanitaria sulle Isole. A Procida, in particolare, ha già scatenato proteste e prese di posizione delle autorità locali il declassamento del locale Pronto soccorso a Punto di primo intervento. Attualmente il presidio è dotato di 9 posti letto, di cui 6 di ricovero ordinario, distinti in 2 posti letto per ciascuna delle discipline di medicina, chirurgia e ostetricia. Configurazione che viene rimodulata con la presenza di un Punto di primo intervento, chirurgia ambulatoriale e ospedale di Comunità con assistenza infermieristica e gestito dai medici di Medicina generale. Per le gravidanze andranno definite procedure di trasferimento sia in caso di emergenza sia nelle attività programmate.

Polemiche anche al Rizzoli di Ischia dove è considerato inspiegabile l'azzeramento dei 4 posti letto della Uti dirottati alla Cardiologia (che passa da 4 a 8), soprattutto considerando i circa 200 mila abitanti che raddoppiano durante i picchi turistici estivi e in ragione dei numeri dei ricoveri registrati dall'Unità di terapia intensiva coronarica (circa 450 all'anno).

L'unica sufficienza si registra a Capri, dove il Capilupi in risposta alle richieste di deroghe agli standard per zona disagiata funzionerà con una dotazione di 20 posti letto di medicina cui si appoggerà anche una piccola chirurgia ambulatoriale e se necessario anche la ginecologia con personale in rotazione del pronto soccorso del Loreto Mare (Asl Napoli 1) ferme restando le prerogative di trasporto in urgenza tramite eliambulanza ed idroambulanza e i collegamenti in telemedicina.

La Pma confluisce nella ginecologia

Tra le novità del Piano ospedaliero, contestati dai sindacati, ci sono inoltre l'azzeramento dell'offerta regionale di posti letto della Fisiopatologia della riproduzione umana che confluiscono tutti nella Ginecologia, per le attività di Pma (Procreazione medicalmente assistita). "Una scelta discutibile quest'ultima – avverte **Carlo Alvingi**, associato di Ginecologia e Ostetrica dell'Università Federico II e presidente della Società campano calabro lucana di Ostetrica e Ginecologia, in forze al centro di riferimento regionale per la sterilità di coppia di cui è direttore **Giuseppe De Placido** – che tra l'altro va contro le linee guida delle Società scientifiche. Una scelta che cade proprio in un momento in cui Napoli diventa palcoscenico di un convegno internazionale su questo tema, con l'arrivo a Napoli di oltre quattrocento tra ricercatori e medici di tutto il mondo riuniti qui il 26 e 27 maggio per condividere le scoperte più recenti in materia di fertilità accogliendo le delegazioni di 39 paesi. Un momento importante per la comunità scientifica mondiale, per la prima volta a confronto su un tema molto specifico, eppure sempre più considerato determinante nell'ambito dei percorsi di assistenza medica per le coppie infertili, ossia il ruolo dell'ormone leutinizzante (LH) nelle tecniche di stimolazione ovarica. La Pma ha oggi dignità ed esigenze che devono necessariamente essere distinte dalla ginecologia".

Critiche dall'intersindacale medica

Molto critica, invece, la posizione assunta dai sindacati della dirigenza medica uniti in un fronte comune, che rappresenta oltre 50 mila camici bianchi. Dito puntato, ad esempio, sulla nuova rete oncologica su cui piove la prima stroncatura. "In risposta all'emergenza di Terra dei Fuochi e sconfessando quanto previsto dalla legge finanziaria regionale (n. 6 del 2016) approvata ad aprile scorso – avverte uno dei portavoce dell'intersindacale – si accantona l'ipotesi di istituire un Polo oncologico pluriterritoriale a Sant'Agata dei Goti, ospedale nuovo ed attrezzato, dove sparisce l'oncologia a vantaggio di piccoli ospedali in dismissione come Piedimonte Matese e San Felice a Cancelli cui sono attribuiti alcuni posti letto che in Oncologia non possono fare a meno della complessità per garantire salute pubblica. Furbizie ingenuie da parte di chi ha negato ogni confronto qualificato con professionisti che conoscono i territori, finendo per garantire interessi particolari a discapito di vantaggi collettivi. Daremo battaglia in tutte le sedi".

Un giudizio molto duro, frutto probabilmente anche del fatto che i medici sono stati del tutto esclusi da ogni condivisione preliminare del Piano. Tanto che della questione è stata investita anche la dirigenza nazionale che ha scritto una nota di merito al premier Matteo Renzi e al ministero della Salute. E sullo stesso fronte sono mobilitati anche il Vescovo di Aversa Angelo Spinillo e la Conferenza dei 55 sindaci dei Comuni della Terra dei Fuochi per rivendicare il rispetto degli impegni di Governo e Regione anche riguardo alla rinaturalizzazione delle aree agricole a rischio ambientale e per il riconoscimento di un marchio di Sanità regionale per le produzioni agro zootecniche alimentari su cui ha tirato il freno il commissario Polimeni per l'incompatibilità di tali programmi con il Piano di rientro dal debito.

Ettore Mautone

quotidiano **sanità**.it

Lunedì 23 MAGGIO 2016

Solidarietà, prevenzione, etica e tutela dell'atto medico. Ecco le parole d'ordine degli odontoiatri

La professione odontoiatrica nelle giornate di Rimini ha rilanciato le parole d'ordine che riassumono il contenuto e il significato del corretto esercizio della professione nella società che cambia. Quattro i documenti elaborati ed editati, con il contributo fattivo di più di 140 Dentisti componenti i gruppi di lavoro

La terza Conferenza Nazionale della professione Medica e Odontoiatrica svoltasi a Rimini dal 19 al 21 Maggio, organizzata dalla Fnomceo, ha registrato una numerosa e qualificata partecipazione attiva della professione medica tutta e della componente odontoiatrica ordinistica.

Infatti, la scontata e attesa partecipazione dei Presidenti CAO, è stata rafforzata, in conformità al progetto ideato dal Presidente Renzo, da tutti i referenti degli Stati Generali dell'Odontoiatria e da opinion leader richiamati dalla mission affidata alla categoria: **“Dentisti sentinella del diritto alla salute del cavo orale e non solo”**. Quattro i documenti elaborati ed editati, con il contributo fattivo di più di 140 Dentisti componenti i gruppi di lavoro.

Il Ministro **Beatrice Lorenzin**, presente al Convegno, trattando i diversi temi, alla presenza di 600 medici, ha manifestato la volontà di affrontare concretamente i problemi già evidenziati e sottolineati precedentemente dal Presidente Renzo. Risultano, quindi, pubblicamente confermate le notizie di incontri programmatici e diretti tra gli "Stati Generali" ed il Ministro della Salute. Questi incontri sono preliminari all'organizzazione di un'assemblea plenaria dell'odontoiatria il cui l'organismo istituzionale ha confermato l'intenzione di chiamare tutti i profili di rappresentanza.

La categoria nel corso delle tre giornate ha dimostrato l'alto rispetto del ruolo etico ad essa demandato e ha rivendicato con forza, sulla base di oggettive evidenze e progetti concreti, il ruolo rivestito nel sociale e nella rete produttiva del paese. Di questo ruolo tutti i Dentisti devono prendere coscienza così come la comunità deve prendere atto.

La professione odontoiatrica nelle giornate di Rimini ha rilanciato le parole d'ordine che riassumono il contenuto e il significato del corretto esercizio della professione nella società che cambia.

La prima è solidarietà: non è da oggi che gli odontoiatri si pongono il problema di un'assistenza sanitaria che “arrivi” anche alle classi più disagiate. Nello specifico dell'odontoiatria, la crisi economica ha creato un'ulteriore fascia di nuovi poveri che non appartengono alle tradizionali categorie in difficoltà ma che sono precipitati nell'indigenza proprio a causa del perdurare del momento difficile di tutta la società italiana.

E' fin troppo noto che i costi incompressibili del materiale e delle attrezzature di un'odontoiatria moderna non consentono al SSN di offrire un'efficace sistema di assistenza e, pertanto, pur nella consapevolezza che questo non potrà risolvere il problema, cercheremo di coinvolgere tutti i nostri iscritti ad incrementare l'intervento solidale e volontaristico a favore dei soggetti non in grado di accedere in modo tradizionale ai nostri studi.

Proprio a Rimini discuteremo tutti insieme di come realizzare questo ambizioso progetto che vuol costituire un contributo, certamente, non decisivo ma utile per affrontare i problemi concreti.

La seconda parola d'ordine è prevenzione: in tanti, finalmente, si sono ricordati che la prima cura della persona passa dalla prevenzione. Inoltre, così come sottolineato in più occasioni, anche in termini di costi sociali, la prevenzione rappresenta un "esercizio" economicamente utile e intelligente; lo stesso Ministro Lorenzin ha riconosciuto recentemente come le attività di prevenzione siano state trascurate quando sono invece le sole che possono garantire un abbattimento dei costi sia a livello macroeconomico sia a livello di costi sociali.

Si pensi quanto pesante sia l'onere economico derivante dalla mancata prevenzione in termini di perdite di giornate lavorative, di diminuzione della produttività di aziende e di imprese.

La professione da tempo si occupa del tema della prevenzione (si pensi da quanto tempo viene svolto il mese della prevenzione dentale, da quanto la CAO Nazionale incentiva e regola le visite in età scolare con il solo scopo di insegnare a prevenire le malattie del cavo orale, la F.A.D. e gli aggiornamenti residenziali funzionali a incentivare la formazione dei professionisti per prevenire le gravi patologie cancerogene e iatrogene e la presentazione alle Autorità del proprio progetto di odontoiatria sociale).

La terza parola è etica: è importante che i nostri professionisti continuino nel percorso di maturazione attraverso l'esaltazione dell'etica dei comportamenti, che è l'unica strada che garantisce la crescita individuale e collettiva della nostra categoria.

Ecco perché, una volta completato questo percorso, potremo legittimamente rivendicare la correttezza dei nostri comportamenti e rimandare al mittente le consuete accuse di evasione fiscale che troppo spesso sono l'indice del persistente fenomeno dell'esercizio abusivo che certamente è favorito ma non giustificato dal parallelo fenomeno del prestanomismo.

L'abusivismo che trova nuovi difensori e riscopre vecchie liturgie tese a sottostimare il fenomeno o, ancora peggio, a renderlo una pratica residuale e quasi in odore di benemerita attività.

Parlare di lotta all'abusivismo non significa dimenticarsi di coloro tra i nostri iscritti che sono la vergogna della professione, i cd. prestanomi; a questi non dobbiamo dare tregua, è un atto dovuto e un impegno che vi chiedo di rilanciare.

L'ultima parola d'ordine è tutela dell'atto medico: la nostra è una professione intellettuale e, come tale, si basa sul rapporto diretto medico-paziente. Non potremo mai accettare la trasformazione, che molti vorrebbero realizzare, in un'attività imprenditoriale di fornitura di beni e servizi. Difenderemo contro tutti (ivi compresa l'Antitrust) la natura della visita medica come atto fondamentale del rapporto medico-paziente ove vengono svolti i preliminari accertamenti sanitari, viene raccolto il consenso informato e viene stabilito un piano terapeutico che permetterà di venire incontro alle esigenze di cura del paziente al livello più alto che le capacità culturali scientifiche ed etiche del medico odontoiatra possono consentire.

Certamente la normativa in vigore prevede anche aspetti contrattuali come ad esempio il riferimento alla polizza assicurativa o al preventivo di spesa ma questi aspetti sono successivi e ovviamente subordinati allo svolgimento della visita e alla attività di diagnosi, prognosi e terapia che il professionista offrirà in scienza e coscienza per tutelare e risolvere le eventuali patologie riscontrate.

In conclusione piace ricordare che alcuni recenti studi, hanno dimostrato che le cure odontoiatriche fornite nelle nuove strutture di grandi dimensioni imprenditoriali costano quanto quelle ricevute nei nostri studi monoprofessionali mentre la qualità è sicuramente molto più elevata nei secondi.

Giuseppe Renzo

Presidente Commissione Albo Odontoiatri FNOMCeO

Quale post lauream
per i «non medici»

MAGNANO A PAG. 14

In attesa dell'approvazione del Dl Scuola i corsi di specializzazione ad accesso misto e non

«Non medici» al rush finale

Lo sblocco dei bandi solo se si esclude il riconoscimento delle borse

Scatta il count down per lo sblocco delle scuole di specializzazione così dette per "non medici", già in parte previste nel decreto interministeriale 4 febbraio 2015 n. 68 sul «Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria» e in stallo da più di due anni. Nel provvedimento oltre alle scuole riservate ai camici bianchi erano già comprese quelle per odontoiatri, fisici sanitari e farmacisti ospedalieri. Ora a segnare la svolta potrebbe essere il Ddl di conversione del decreto Scuola, all'esame della Commissione cultura della Camera (dovrebbe sbarcare in aula il 24 maggio). All'articolo 2-bis introdotto durante l'esame al Senato, si prevede infatti che, nelle more di una definizione organica della materia, le scuole di specializzazione per biologi, biotecnologi, chimici, veterinari e psicologi e anche odontoiatri, fisici e farmacisti sono attivate «in deroga alle disposizioni di cui al comma 1 dell'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401». Una modifica finalizzata a superare la rilevazione annuale del fabbisogno, prevista ai fini della ripartizione delle borse di studio e che di fatto avvierebbe i bandi da parte degli Atenei spuntando le armi di chi in questi anni si è battuto per il riconoscimento dello status economico degli specializzandi «non medici».

Un cambio di marcia sollecitata con forza dalle rappresentanze sindacali dei camici bianchi (la coperta è corta e

non può coprire tutti), ma anche dalle rappresentanze di categoria dei «non medici» e dalla Conferenza dei rettori (Cnui), che lo scorso marzo aveva approvato una mozione ad hoc, in cui si faceva presente l'impossibilità di procedere, nell'attuale fase economica del Paese, al riconoscimento della borsa di studio prevista per i medici anche ai biologi, biotecnologi, chimici, fisici, farmacisti, psicologi, odontoiatri e veterinari.

Il nuovo provvedimento schiarisce in prospettiva l'orizzonte anche per le scuole di specializzazione così dette ad accesso misto (Microbiologia e virologia, Patologia clinica e Biochimica clinica, Genetica medica, Farmacologia e Tossicologia clinica, Scienza dell'alimentazione, Statistica sanitaria e biometria) che per i medici sono già attive in forza del Dl 68/2015, ma che per i «non medici» sono disciplinate in una bozza di decreto interministeriale predisposta dal Cun da oltre un anno, ad aprile 2015, e che ancora non ha visto la luce.

«Queste scuole - spiega il presidente del Cun, **Andrea Lenzi** - sono aperte a medici e laureati in biologia, biotecnologie e altre. Non amo dire "non medici" lo trovo offensivo per quelle categorie di colleghi. La bozza di decreto è prontissima. A settembre 2015 ha avuto il via libera anche del Consiglio superiore di sanità. Il problema che si è presentato è che non essendoci i fondi per finanziare le borse per i

collegi con laurea differente da medicina, si è preferito attendere che fosse possibile approvare una norma, che è ora in corso di approvazione, che escludesse per per questi laureati la possibilità di avere il finanziamento delle borse da parte del Mef. In questo modo, dopo l'approvazione del Dl scuola, potrà essere pubblicato anche il decreto sulle scuole ad accesso misto e gli Atenei potranno aprire i bandi».

Le Università, infatti, in questo stato di ambiguità normativa, hanno tenuto le bocce ferme. «I rettori degli atenei non emanavano i bandi per laureati diversi dai medici - continua Lenzi - per paura dei ricorsi al Tar da parte di questi specializzandi, che in teoria avrebbero tutto il diritto di ottenere le borse di studio al pari dei medici in quanto accedono alla stessa scuola di specializzazione e fanno un percorso formativo simile anche se non identico». Ora approvato il Dl Scuola, che di fatto esclude gli specializzandi delle scuole ad accesso esclusivo per i "non medici" e quelli con laurea differente da medicina che si iscrivono alle scuole ad accesso misto dalla possibilità di ottenere le borse, il decreto interministeriale sulle scuole ad accesso misto potrà essere firmato dai due ministri (Istruzione e Salute) e andare in Gazzetta. Così tutti gli aspiranti specializzandi «non medici» di area sanitaria potranno sperare di intraprendere un percorso post lauream. Ma con le tasche vuote e a proprie spese. A meno di non trovare finanziamenti da parte di Enti pubblici o privati, Fondazioni o

Regioni.

Questi step normativo è essenziale in particolare per chi immagina un proprio futuro nella sanità pubblica. «Tutto questo è rilevante - spiega Lenzi - perché per le assunzioni nel Ssn è necessario il titolo della specializzazione. In particolare ad esempio gli odontoiatri aspettano da anni l'attivazione dei nuovi ordinamenti con tre Scuole (chirurgia orale, ortognatodonzia e Odontoiatria Pediatrica) rilevanti per il nostro Ssn. Quindi il Dl Scuola con questa norma sulle borse permetterà finalmente anche agli odontoiatri di entrare nel sistema pubblico perché specialisti».

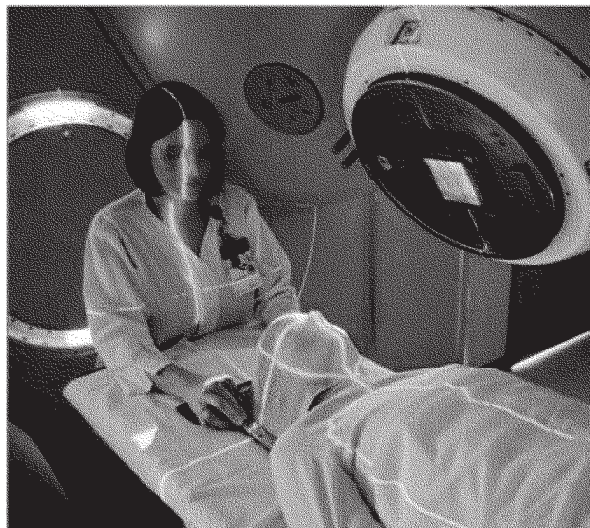
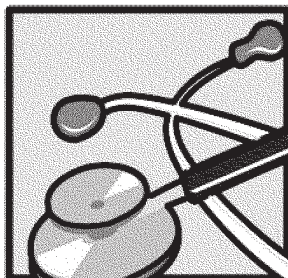
Resta in sospenso la questione sui tetti numerici e sui fabbisogni. Ma qui la decisione sarà politica: se aprire le scuole senza limite di numero o se avere un numero programmato sulla base dei fabbisogni formativi stabiliti dalle Regioni. «Se dovessi dare un suggerimento - conclude Lenzi - direi che nei primi anni, in particolare per biologi, biotecnologi, fisici ecc., sentite le categorie, andrebbe liberalizzata l'accesso, ovviamente, entro i limiti delle capacità formative delle sedi, dato che abbiamo un grande arretrato e la specializzazione è indispensabile anche per l'attività nelle strutture accreditate e private. Poi tenderei ad andare a regime programmando gradualmente il numero, tenendo conto della saturazione del

mercato. Per gli odontoiatri è forse necessaria una programmazione sin da subito in base alle strutture del Ssn attive nei tre settori specialistici».

Rosanna Magnano

Resta in sospeso
la decisione
su tetti numerici
e fabbisogni

In rampa di
lancio il decreto
predisposto
dal Cun





ANGOLO DI PENNA

Tutela della salute e sostenibilità del Ssn: le tre dimensioni del value

di Nino Cartabellotta *

Dopo i riferimenti culturali che hanno caratterizzato la sanità degli scorsi decenni (efficacia negli anni '70-'80, Ebm e costo-efficacia negli anni '90, qualità e sicurezza negli anni 2000), oggi la crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari impone di riconoscere nel value il driver della sanità del XXI secolo. Il value, definito da Michael Porter come il ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità, secondo Sir Mur Gray si articola in tre dimensioni: allocativa, tecnica e individuale.

Dimensione allocativa. Identifica le modalità di allocazione delle risorse secondo specifici obiettivi di salute di vari sottogruppi della popolazione, considerando l'impatto sulla salute delle risorse investite nel servizio sanitario, oggi un aspetto di particolare rilevanza per soddisfare i bisogni di salute della popolazione con una quantità di risorse sempre più limitata. Una volta definite le risorse per la sanità, la dimensione allocativa del value può essere aumentata spostando le risorse tra differenti aree cliniche (es. tra oncologia e salute mentale o viceversa), oppure all'interno di ciascuna area clinica tra percorsi assistenziali differenti (es. tra scompenso cardiaco, infarto del miocardio e stroke nell'area cardiovascolare), o ancora all'interno di ciascun percorso assistenziale tra differenti interventi sanitari (es. tra farmaci broncodilatatori e programmi di disassuefazione al fumo nel percorso della Bpco). La concretizzazione di questa dimensione del value nel Ssn è condizionata da numerosi fattori: innanzitutto l'allocazione delle risorse avviene per fattori produttivi (personale, farmaceutica, beni e servizi, etc.) e non per aree cliniche o percorsi assistenziali; in secondo luogo, il monitoraggio delle performance regionali non entra nel merito dell'allocazione delle risorse, gestita in totale autonomia da ciascuna Regione; infine, la scarsa implementazione di reti e percorsi interaziendali ostacola la

condivisione di strutture, tecnologie e professionisti.

Dimensione tecnica. Coincide con la definizione originale di Porter, secondo cui il value misura il ritorno in termini di salute dalle risorse investite in sanità: definita anche efficienza tecnica, è dunque misurata dal rapporto tra outcome di salute e costi, e può essere incrementata disinvestendo da servizi e prestazioni sanitarie dal basso value che consumano risorse senza migliorare gli outcome (o addirittura li peggiorano, se il value è negativo) e riallocando le risorse in quelli ad elevato value. Gli ostacoli nazionali all'implementazione di questa dimensione sono vari: innanzitutto l'assenza di un'organizzazione indipendente (es. Nice in Uk) preposta a sintetizzare le migliori evidenze sotto forma di linee guida e Hta reports, oltre che a definire il value delle differenti opzioni diagnostico-terapeutiche, oggi troppo spesso in balia di autoreferenzialità professionali non scritte da conflitti di interesse; in secondo luogo, per numerosi interventi sanitari mancano robuste prove di efficacia su outcome clinici rilevanti; infine, il processo di disinvestimento e riallocazione nella programmazione sanitaria è ancora parziale e distribuito a macchia di leopardo.

Dimensione individuale. Già l'originale definizione di evidence-based medicine sottolineava la necessità di integrare le migliori evidenze con le preferenze, i valori e le aspettative del paziente individuale, per erogare una assistenza realmente centrata sulla persona. Di fatto, la dimensione individuale del value utilizza i benefici della "produzione su larga scala" delle evidenze scientifiche, prevedendo poi una personalizzazione dei "prodotti". Al fine di aumentare la dimensione individuale del value dei servizi erogati, dunque, le decisioni cliniche devono essere non solo basate sulle migliori evidenze disponibili, ma anche condivise e personalizzate sulla base delle condizioni cliniche e sociali, oltre che delle preferenze e aspettative dei pazienti: per garantire decisioni orientate dai problemi del paziente, e non dalla diagnosi, bisogna in sostanza comprendere il value che ciascun paziente assegna a benefici e rischi delle opzioni terapeutiche.

Nel nostro Ssn questa dimensione non è di facile attuazione: innanzitutto il medico fatica ad abbandonare il modello paternalistico per lasciare il posto al processo decisionale condiviso; in secondo luogo, la mancanza di alfabetizzazione sanitaria delle persone viene alimentata dall'assenza di una strategia nazionale di evidence-based patient information; infine, le irrealistiche aspettative delle persone

nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile aumentano a dismisura sia il consumismo sanitario che il contenzioso medico-legale.

Se nei decenni scorsi il Ssn si è evoluto puntando sul prestigio e sulla qualità di istituzioni, organizzazioni sanitarie e professionisti - spesso abusando del termine "eccellenza" - oggi questa strategia non è più sufficiente per garantire al tempo stesso tutela della salute e sostenibilità del Ssn. Infatti, rispetto alle risorse investite, la salute della popolazione non può dipendere da pochi e qualificati "centri di eccellenza", ma dall'erogazione uniforme di servizi e prestazioni sanitarie ad elevato value. Per tale ragione, l'offerta di servizi e prestazioni sanitarie deve essere guidata dai reali bisogni di salute, eliminando gli sprechi conseguenti all'erogazione di quelle dal value basso, o addirittura negativo, per sostituirli con servizi e prestazioni dall'elevato value, spesso sottoutilizzati con conseguenti inevitabili diseguaglianze.

Mettere in campo una programmazione sanitaria orientata dal value, oltre a richiedere "innovazioni di rottura", nuove competenze, nuove modalità organizzative e nuove modalità di allocazione delle risorse, necessita di una visione di sistema a lungo raggio, che riallinei al tempo stesso ambizioni e prospettive di tutti gli stakeholders. Ma se il fine ultimo è mantenere sostenibile il modello di sanità pubblica, è una sfida che vale la pena affrontare.

* presidente Fondazione Gimbe

AlmaLaurea: il tasso 2014 inverte il trend - Fabbisogni formativi: deficit pediatri e Mmg, surplus farmacisti

Professioni, l'occupazione è ripartita

Gli occupati salgono al 63% - Logopedisti e igienisti dentali su, tecnici di laboratorio in coda

Si intravede la luce in fondo al tunnel dell'occupazione per le 22 professioni sanitarie: su circa 17mila laureati del 2014 si è registrato un incremento del tasso occupazionale pari al 2,2%, toccando quota 63% rispetto al 61% del biennio precedente. È quanto emerge dai dati anticipati a «Il Sole 24 Ore Sanità» dal Consorzio AlmaLaurea di Bologna. Migliorano soprattutto i profili che operano nel privato (fisioterapista, logopedista e igienista dentale, seguiti da audioprotesista e podolo-

go). Al rallenti tutte le professioni Ssn, gravate dalle blocco del turnover. Nodo fondamentale la programmazione. E in attesa dell'Accordo Stato-Regioni sui fabbisogni per l'accesso ai corsi di laurea, arrivano i primi riscontri del progetto pilota Ue condotto dalla Salute, «Health Workforce Planning and Forecasting». Il test su medici, infermieri, dentisti, farmacisti e ostetriche. Emergenza per pediatri e Mmg, farmacisti in forte surplus.

MASTRILLO APAG. 12

RAPPORTO ALMALAUREA/ Nel 2014 tasso occupazionale generale al 63% con un aumento del 2,2%

Professioni: occupazione in risalita

Migliorano i profili che operano nel privato - Tecnico di laboratorio fanalino di coda

Parte finalmente la ripresa per l'occupazione, sia nel contesto generale che in quello delle 22 professioni sanitarie. Sono queste le indicazioni che derivano dall'elaborazione dei dati resi noti dal Consorzio AlmaLaurea di Bologna in occasione della presentazione del Rapporto annuale 2016, presso l'Università Federico II di Napoli, il 27 aprile scorso. Per la prima volta, essendo compresi anche gli Atenei dell'indagine Stella di Milano, ci sono i dati di tutte le 41 Università, da cui continua però a mancare solo l'Università Cattolica.

Si confermano quindi secondo AlmaLaurea i primi «timidi segnali di miglioramento, che offrono la prospettiva di un futuro più roseo».

I risultati evidenziano che su circa 17mila laureati del 2014 per le professioni sanitarie si è registrato un incremento del tasso occupazionale pari a 2,2 punti percentuali, salito al 63% rispetto al 61% stabile degli occupati del 2012 e del 2013.

Leggermente diversa è la situazione generale sul totale di quasi 127mila laureati, con leggera perdita sulle varie aree con un 38,7% del 2014 rispetto al 40,0% del 2013 e al 40,6% del precedente anno 2012.

Per effetto di questi risultati si conferma ancora una volta per le professioni sanitarie il primo posto assoluto fra i vari gruppi disciplinari.

Resta in ogni caso la diminuzione negli ultimi otto anni per -23,6 punti percentuali, dal-

l'87% del 2007 al 63,4 del 2014, mentre era al 61,2% nel 2013.

Ma la situazione è diversificata fra le quattro aree, con significativo aumento di 1,7 punti percentuali per infermieristica-ostetricia, che sale dal 60,6% del 2013 al 62,3%; altrettanto positivo con 1,5 punti percentuali in più, il trend per la riabilitazione che sale dal 77,4% del 2013 al 78,9% del 2014.

Quasi stabile l'area tecnica che passa al 49,2% attuale dal 49,5% nel 2013. Si conferma invece il trend negativo per l'area della prevenzione che con 42,7% perde 4,3 punti percentuali rispetto al 47% del 2013.

Analizzando in dettaglio le 22 professioni sanitarie sulla media degli ultimi otto anni, dal 2007 al 2014, si confermano per l'alto tasso occupazionale ai primi cinque posti con media dell'87% fisioterapista, logopedista e igienista dentale, seguiti da audioprotesista con l'83% e podologo con il 78 per cento. Di fatto sono tutti profili che operano prevalentemente come liberi professionisti, oltre che in parte anche come dipendenti pubblici; non sono toccati quindi dal blocco delle assunzioni degli ultimi anni nel pubblico impiego.

Al contrario, agli ultimi cinque posti troviamo tecnico della prevenzione che con il 41% scende di 3 posizioni, al 18° posto rispetto al 15° posto dello scorso anno, quando era al 47% stabile.

A seguire tecnico di neurofi-

siopatologia che passa dal 39% al 41%, tecnico di radiologia dal 38% al 39% e tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria che sale dal 29% al 35 per cento. Infine, e per la prima volta all'ultimo posto, tecnico di laboratorio che con il 29% perde -11 punti percentuali rispetto al 40% medio degli ultimi 3 anni. In questo caso sono tutte professioni sotto dipendenza pubblica e quindi gravate dalle blocco del turnover.

A metà classifica e sopra la media totale del 63% si conferma infermiere al 9° posto, che con il 67% registra un aumento di 2 punti percentuali, rispetto al 65% stabile del 2013 e del 2012.

Nella stessa area si rileva un aumento, che è anche superiore, per ostetrica che sale dal 39% dello scorso anno all'attuale 47%, come era nel 2010 e con ben +8 punti percentuali, il più alto fra i 22 profili.

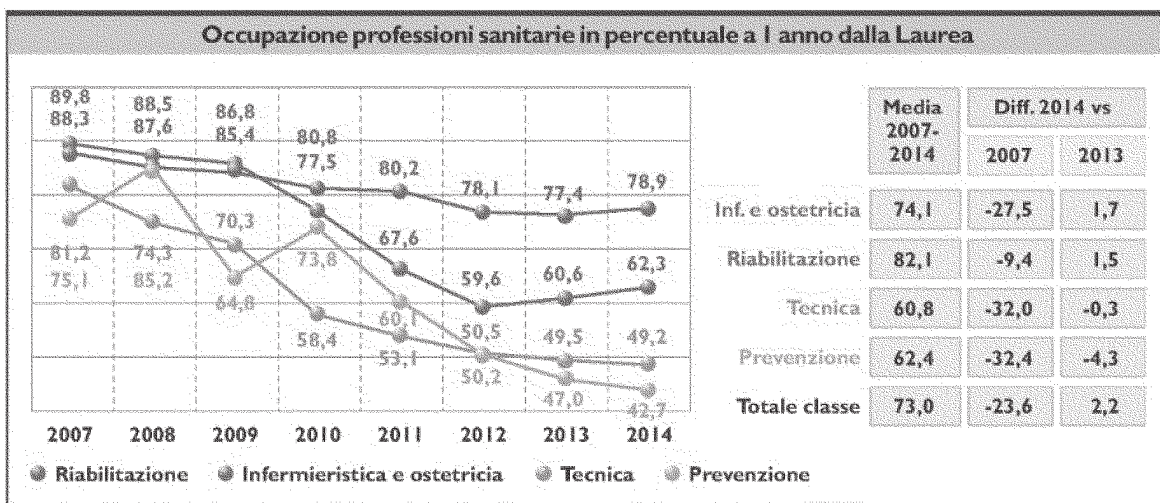
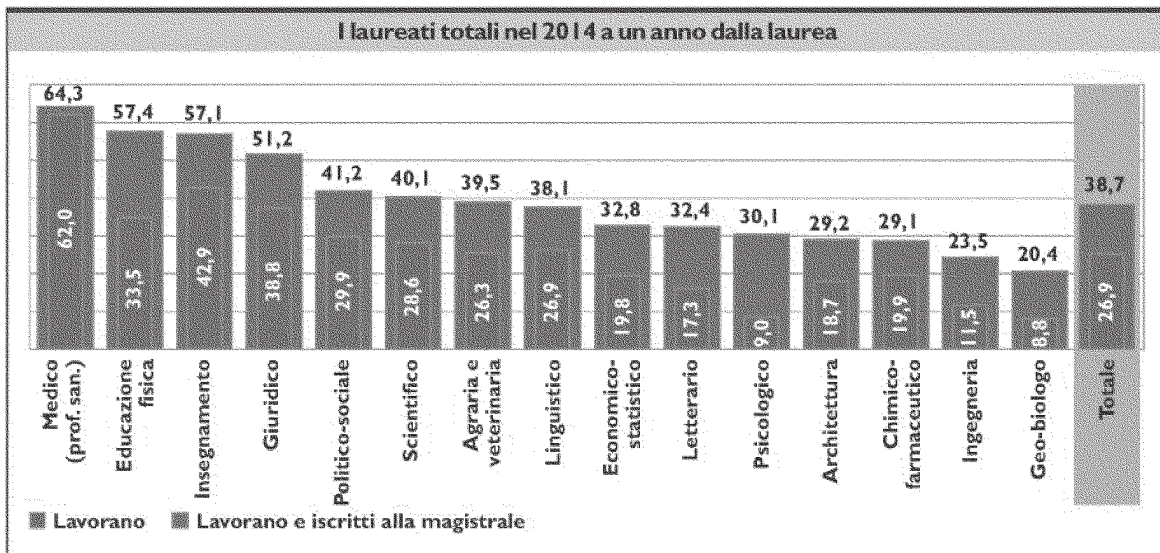
Questo potrebbe portare a pensare che per le professioni sanitarie la crisi stia finendo e che la ripresa si è già avviata. Ma non è proprio e del tutto così, perché restano ancora irrisolte le ben note criticità dell'area

tecnica: dopo i tecnici di radiologia, che in 8 anni perdono ben 53 punti percentuali crollando dal 92% del 2007 all'attuale 39%, la crisi ora si sposta su tecnico di laboratorio, che con appena il 29% è l'ultimo in classifica, con una perdita di 39 punti percentuali rispetto al 68% del 2007.

Incidenza sui fabbisogni formativi del 2016. Sono dati che non potranno non incidere sulla imminente determinazione dei fabbisogni formativi per il prossimo Aa 2016-17. Su questo punto il ministero della Salute, notoriamente molto attento e sensibile, potrebbe nuovamente accogliere le richieste di riduzioni avanzate dalle professioni; rispettivamente con -50 per i tecnici di laboratorio, per arrivare a un massimo di 750 posti a bando e, soprattutto, rispetto alla riduzione di -150 proposta dalla Federazione per i tecnici di radiologia per scendere a un massimo di 700 posti a bando, rispetto agli 819 dello scorso anno.

Angelo Mastrillo

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lauree triennali Facoltà di Medicina e chirurgia - Quanti lavorano in % dopo un anno dalla Laurea

	Anni								Media
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Igienista dentale	87	84	88	90	86	85	87	91	87
Fisioterapista	93	90	90	87	86	84	84	84	86
Logopedista	87	90	87	85	86	90	81	83	86
Tecnico audioprotesista	87	83	79	84	79	80	88	81	83
Podologo	77	77	71	78	83	74	87	78	78
Terapista neuro età evolutiva	83	80	76	68	71	70	69	76	74
Tecnico ortopedico	84	74	77	81	62	82	77	75	77
Educatore professionale	88	88	80	83	71	71	72	71	77
Infermiere	94	94	91	83	75	65	65	67	79
Tecnico riabilitazione psichiatrica	71	66	63	62	63	58	62	65	64
Media	87	86	83	75	68	61	61	63	73
Terapista occupazionale	90	70	70	62	73	61	77	61	70
Assistente sanitario	69	84	54	49	44	56	42	56	55
Dietista	68	61	57	55	62	58	54	53	58
Ortottista	62	63	71	64	54	55	48	52	59
Tecnico audiometrista	75	68	62	62	61	24	44	49	58
Infermiere pediatrico	80	84	80	69	54	50	48	48	60
Ostetrica	60	54	56	47	39	38	39	47	47
Tecnico prevenzione lavoro	73	72	54	62	48	47	47	41	55
Tecnico neurofisiopatologia	68	58	58	53	44	32	39	41	48
Tecnico radiologia	92	87	78	60	49	41	38	39	59
Tecnico fisiopatologia cardiocirc.	70	49	56	45	29	26	29	35	40
Tecnico laboratorio	68	63	50	46	41	40	39	29	46

Fonte: grafici e tabella: elaborazione A. Mastrillo su dati AlmaLaurea

STANDARD OSPEDALIERI/ Un anno fa l'approvazione del testo con le nuove regole

La crisi annunciata in corsia

Un provvedimento ragionieristico che manca di "visione" per i medici

Il decreto "Standard ospedalieri" n. 70 del 2015 (in Gazzetta Ufficiale del 4 giugno 2015, n. 127) adottato dal ministro della Salute esattamente un anno fa (2 aprile del 2015) rappresenta uno dei provvedimenti più significativi dell'ultimo scorcio di politica sanitaria. Insieme al cosiddetto "Decreto appropriatezza" costituisce una misura di razionalizzazione della spesa sanitaria, in particolare della spesa per l'assistenza ospedaliera.

Il provvedimento applica il nuovo parametro posti letto per abitanti già fissato al tempo del "Governo dei tecnici" con le manovre della spending review: 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 3 per acuti e 0,7 per la lungodegenza e la riabilitazione. Secondo il Rapporto Health at a Glance 2015, curato dall'Ocse, l'Italia ha un valore di posti letto per mille abitanti al di sotto della media Ocse e di gran lunga inferiore a quello di Germania e Francia. Con riferimento a questo indicatore, la spesa sanitaria italiana, in valori assoluti, non è dunque fuori controllo. Tutt'altro.

Il decreto è stato adottato con la dichiarata finalità di procedere alla definizione in modo uniforme sull'intero territorio nazionale degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera. Il percorso lungo e tortuoso che ha portato all'applicazione del nuovo parametro (fissato già nel 2012) non è dovuto soltanto ai "tempi tecnici" più che dilatati dalle numerose richieste di pareri, ma anche alle resistenze e alle pressioni, più o meno dirette, che i portatori di interesse hanno esercitato. L'assistenza ospedaliera non è, infatti, un ambito che possa essere regolato senza generare tensioni visti i numerosissimi interessi coinvolti, anche di tipo economico.

Le Regioni avrebbero dovuto provvedere entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del decreto all'adozione dei provvedimenti generali di riduzione dei posti letto fino al livello previsto dal nuovo parametro. Si sarebbe dovuto procedere anche alla disattivazione delle unità operative semplici e complesse non coerenti con i bacini di utenza individuati in ragione dei tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina. Al netto del tempo necessario per l'adeguamento dei sistemi regionali alle nuove disposizioni (diverso da Regione a Regione), il risultato finale sarà un Servizio sanitario con meno posti letto e una rete di assistenza ospedaliera costituita da un minor numero di strutture di degenza e di servizi. Meno incarichi di struttura, quindi, da assegnare ai dirigenti medici del Ssn.

L'adozione del provvedimento sugli standard ospedalieri è affetto da un vizio comune a tutta la regolazione del settore sanitario del-

l'ultimo periodo: la parzialità della visione. Le ragioni che hanno portato all'adozione del provvedimento - soprattutto il disinvestimento in strutture e servizi che, alla luce del rapporto tra volume di attività ed esiti, non garantiscono un adeguato standard di qualità - sono ovviamente condivisibili. Il metodo adottato per la regolazione del settore sanitario, e ospedaliero in particolare, un po' meno.

Nel contesto della generale crisi in cui versa da anni la categoria, uno dei pazienti più gravi è il medico ospedaliero pubblico, e che richiede, quindi, un intervento urgente. Se la sanità è un'industria che produce servizi alla persona attraverso l'opera di professionisti, non è pensabile una ristrutturazione efficace dell'intero processo produttivo senza un progetto sul e per il personale.

Il decreto sugli standard ospedalieri, così come tutte le manovre ragionieristiche di contenimento della spesa sanitaria, non è inserito in un complessivo e coerente disegno di riorganizzazione del sistema che appare sempre più urgente. Gli interventi settoriali, per lo più operati dalle amministrazioni, senza un approfondito dibattito politico che consenta di raccogliere le istanze di tutti gli attori coinvolti, somigliano ai piccoli interventi di manutenzione che servono spesso soltanto a rinviare l'acquisto chiaramente necessario di un macchinario nuovo. Fuori di metafora, serve una riforma organica del sistema che tracci un nuovo orizzonte anche per il personale sanitario.

Con la collocazione dei dirigenti medici in un unico ruolo, distinto soltanto in ragione degli incarichi assegnati (decreto Bindi, Dlgs 229/1999), si è assistito alla gemmazione di strutture e servizi a volte di dubbia utilità. Eppure la norma prevede che «La dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali» (articolo 15, comma 1, del Dlgs 502/1992 riformato dal decreto Bindi). In sostanza, anche il medico senza responsabilità di struttura avrebbe dovuto ottenere riconoscimenti di carriera ed economici. Così non è stato. In assenza di azioni volte alla valorizzazione anche economica delle responsabilità professionali, l'affidamento della direzione di una struttura rappresentava e rappresenta tuttora l'unica prospettiva di carriera e di crescita economica del medico ospedaliero. Le organizzazioni sanitarie si sono dunque adattate alle esigenze dei professionisti e piegate agli interessi dei loro manovratori politici, producendo talvolta, nella variopinta realtà aziendale italiana, alcune strane figure come ad esempio le Unità operative complesse, di-

rette da un dirigente medico che dirige se stesso: cioè strutture unipersonali. L'esigenza di carriera dei professionisti e valorizzazione economica del loro lavoro sono istanze condivisibili e comprensibili. La modalità con cui si è data una risposta a tali richieste, un po' meno. A sistema invariato, la direzione di una struttura continua a essere l'unica chance.

Ma il decreto Standard ospedalieri ridurrà drasticamente la possibilità di percorrere questa strada. Se ciò contribuirà a ridurre le ridondanze organizzative e a contenere la spesa inefficace, non si può che accogliere favorevolmente il provvedimento e i suoi effetti. D'altro canto, però, alla riduzione di strutture assegnabili si aggiungono le recenti dichiarazioni del presidente della Giunta regionale toscana Enrico Rossi di voler abolire la libera professione intramoenia, il costo elevato dei premi assicurativi obbligatori spesso del tutto disallineati rispetto ai compensi, e non ultima la pressione del tutto negativa esercitata dal timore del contenzioso medico-legale.

L'affresco mostra un vero e proprio assedio al medico ospedaliero, giunto alle battute finali. Il rilancio della sanità imporrebbe un serio investimento sulle risorse umane, a partire dalla delineazione di percorsi di carriera chiari e predeterminati che in nessun caso dovrebbero coincidere con la moltiplicazione delle strutture. Questa, in combinazione con il noto meccanismo di selezione delle figure apicali da parte delle burocrazie politicizzate, ha dato esiti spesso disastrosi.

Forse allora sarebbe opportuno verificare una volta per tutte la compatibilità del modello azienda sanitaria pubblica così come si è formato a più di venti anni dalla riforma bis della sanità (Dlgs 502/1992) con la natura professionale dell'attività medica. Le due indagini conoscitive condotte di recente da Camera e Senato sulla sostenibilità del Sistema sanitario nazionale (che fine hanno fatto i documenti prodotti dalle Camere? Sono stati recepiti i suggerimenti?) hanno tendenzialmente confermato la validità del modello. L'azienda appare ancora un'ideale forma gestionale di organizzazioni complesse multiprofessionali. Oggetto di discussione politica dovrebbe dunque essere l'attualità dell'inquadramento del medico nei ranghi della dirigenza pubblica. Vera gloria fu quella di allora? Sarebbe di no.

L'innesto dei medici in un sistema per certi versi molto lontano dalle specifiche esigenze dei professionisti sanitari nonché privo degli strumenti necessari ad assicurare l'ottimale

gestione di questo tipo di personale ha dato vita a più di una forzatura nella prassi lavorativa. Si pensi soltanto alla difficile sintesi dei diversi rapporti medico-azienda; medico-direttore di struttura (ex primario); medico-cittadino utente. Inevitabilmente qualcuno di questi rapporti ha finito con l'essere trascurato.

Forse l'attività intramoenia così come oggi la conosciamo è la forzatura più vistosa. Non si può però annunciare la sua abolizione senza aver illustrato quali soluzioni concrete saranno predisposte, ma soprattutto quante e quali risorse saranno disponibili a compensazione di un sistema che, in moltissimi casi, garantisce poco più di una integrazione minima della retribuzione.

Il rilancio del Sistema sanitario nazionale necessita di una spinta riformatrice di natura politica che coinvolga anche le rappresentanze mediche della cui azione si sente molto bisogno in questo momento.

In questo contesto generale, il ruolo unico distinto per incarichi andrebbe passato ai "raggi x". Il servizio sanitario dovrebbe poter tornare a essere attrattivo per i professionisti, ma prima ancora accessibile. È quanto mai opportuna una revisione del meccanismo del blocco del turn over.

La sanità è un settore ad alta intensità di lavoro, in gran parte molto qualificato, ricorda il Senato nella relazione finale della sua indagine conoscitiva. Si deve pertanto favorire l'investimento professionale e personale del medico nella sanità pubblica, se si vuole rilanciarla. Il rischio è una migrazione sempre più consistente di bravi professionisti in uscita dal Ssn verso strutture private o verso altri Paesi, con un costo sociale davvero insostenibile. E nessuna spending review potrà poi risistemare le cose.

Maurizio Campagna
Crea Sanità
Università di Roma Tor Vergata



Come ci cureranno i nostri amici **batteri** (intestinali)

Le prescrizioni dietetiche del futuro potrebbero essere dettate dalla composizione dei microrganismi presenti nell'ultimo tratto del nostro apparato digerente. La loro «biodiversità» indica un buono stato di salute e l'analisi dei vari ceppi apre nuovi scenari terapeutici nei confronti di molte patologie

Per la salute è molto importante che la flora intestinale sia composta da molte specie diverse di batteri. La loro analisi permette già interventi mirati su diverse patologie attraverso probiotici e alimentazione adeguata. Con ottime prospettive, specialmente nei bambini

Nell'apparato digerente la **biodiversità** è preziosa

**Il rapporto
Il microbioma
è il patrimonio genetico
di tutti i «nostri» batteri
ed è cento volte maggiore
rispetto alla somma
del Dna di tutte le cellule
dell'organismo**

**Non è questione di gusti
Persino il cioccolato
sembrirebbe agire
in modo diverso
sul microbiota a seconda
del tipo. Quello fondente
risulterebbe il migliore
a questo scopo**

Lo yogurt è ok, così come il caffè, il tè e il vino rosso. Pollice verso, invece, per il latte intero, per le bevande gassate, il pane e la pasta (se consumati in eccesso) e, in generale, per un'alimentazione ad alto contenuto calorico.

Le prescrizioni dietetiche del futuro potrebbero essere dettate dai batteri che abitano nell'intestino umano e che costituiscono il cosiddetto *microbiota*, la cui composizione dipende molto quello che si

mangia, ma non solo: può essere modificata anche dai farmaci fra cui antibiotici, lassativi, ormoni, benzodiazepine, antidepressivi e antistaminici.

La questione interessante è che quanto più sono numerose le specie batteriche presenti nell'intestino, tanto più una persona potrà godere di buona salute.

E di conseguenza, tutti quei cibi che tendono a ridurre questa "biodiversità" batterica, possono avere un effetto

negativo e addirittura favorire la comparsa di malattie, come per esempio l'obesità.

«Abbiamo studiato l'effetto di 63 alimenti sul microbiota — spiega Alexandra Zhernakova, dell'Università di Groningen, in Olanda, autrice di un articolo pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica *Science* — e abbiamo dimostrato che alcuni di questi promuovono la diversità fra batteri, altri, invece la riducono».

«Il microbiota è un vero e proprio organo — spiega Lorenzo Putignani, responsabile della Parassitologia e dell'Unità di ricerca sul microbioma all'Ospedale Bambin Gesù, di Roma — Pesa quasi 1,5 chili, comprende, nell'adulto, almeno 4 mila specie di microrganismi e il patrimonio genetico di tutti questi batteri (cioè il microbioma, ndr) è cento volte maggiore rispetto alla somma del Dna di tutte le cellule del corpo umano».

«Siamo di fronte a una rivoluzione — sottolinea Putignani —. Per ora sappiamo che certi cibi interagiscono con il microbiota, ma la sfida adesso è "scomporre" gli alimenti nelle loro componenti di base, capire come queste ultime agiscono sulle reazioni biochimiche che avvengono nell'organismo e metterle in relazione alla comparsa di malattie». Il microbiota è una vera e propria "officina" dove i diversi microbi interagiscono fra di loro, intervengono nella degradazione dei cibi (alcuni ne determinano la "fermentazione", altri la "putrefazione", due processi che hanno effetti diversi sull'organismo), possono causare infiammazione e interferire con la risposta

immunologica (per esempio nei confronti di infezioni o addirittura di tumori) e, appunto, promuovere la comparsa di certe malattie.

Un recente studio, pubblicato sulla rivista *Hepatology*, da un gruppo di ricercatori dell'Ospedale Bambin Gesù di Roma ha descritto, nei bambini, un profilo di microbiota intestinale correlato alla steatosi epatica, cioè al fegato grasso, e all'obesità: in queste persone ci sono famiglie di batteri troppo numerose (per esempio le specie *Ruminococcus* e *Doera*), mentre altre sono troppo esigue (per esempio l'*Oscillospira*).

Il problema, adesso, è come riuscire a intercettare le alterazioni del microbiota e come aggiustarle. «Al Bambin Gesù abbiamo messo a punto un test — illustra Lorenzo Putignani — capace di disegnare non soltanto la mappa genetica (microbioma) dei batteri intestinali ma anche una mappa biochimica, che dà un'idea di come questi batteri interagiscono fra di loro e con l'organismo umano. Non si tratta però un unico test che può andare bene per tutti: è personalizzato per ogni individuo».

Ma chi sono i candidati a sottoporvisi?

Bambini, per esempio, affetti da malattie gastrointestinali, come una diarrea ricorrente, oppure adulti con colite ulcerosa o morbo di Crohn, cioè malattie infiammatorie croniche dell'intestino.

«Tralasciamo pure i dettagli tecnici — continua l'esperto — e arriviamo al punto: con il test possiamo identificare i germi presenti nelle feci del paziente, e poi confrontarli

con profili di riferimento legati a determinate malattie, arrivando a identificare le alterazioni del singolo paziente e ipotizzando una cura insieme ai clinici».

I clinici che lavorano a questo progetto del Bambin Gesù sono Antonio Gasbarrini, pediatra all'Università La Sapienza di Roma e Salvatore Cucchiara del Policlinico Gemelli di Roma.

«L'obiettivo è quello di modificare il profilo degenerato della flora intestinale — continua Putignani —. Come? Con la dieta (ecco perché è importante conoscere come agiscono le varie componenti dei cibi) oppure mediante la somministrazione di *probiotici*, cioè di batteri "buoni", o, ancora, *prebiotici*, molecole che agiscono da sole o in collaborazione con i probiotici».

Quali? La scelta è molto ampia, ma i prodotti non sono regolati dalle agenzie di controllo, come la *Food and Drug Administration* americana o l'EmA, l'agenzia europea dei farmaci, e non sono quindi soggetti a studi di registrazione: sono venduti infatti come integratori alimentari e non come farmaci.

«Il probiotico "universale" non esiste ancora — conferma Putignani — Occorre ristudiare i prodotti già esistenti alla luce delle nuove conoscenze. E metterne a punto di nuovi. Noi di fronte a situazioni particolari prepariamo cocktail di batteri "personalizzati" per ogni singolo paziente, coltivandoli in laboratorio». Il Bambin Gesù, per il momento, risulta essere l'unico istituto in Europa a proporre questo tipo di terapia.

Adriana Bazzi

Obesità

La «rieducazione» a base di olio di oliva

Se le diete falliscono non è, probabilmente, soltanto una questione di calorie. Perché, se è vero che l'alterazione della flora batterica intestinale può essere legata all'obesità e se è vero che certi cibi possono influire negativamente sulla sua composizione, come stanno dimostrando numerose ricerche scientifiche, è probabile che, per dimagrire, occorra anche «rieducare» i batteri dell'intestino. Come? Brenda Watson, nutrizionista americana lo spiega, aiutata da Leonard Smith, un

gastroenterologo dell'Università di Miami, in un libro che è diventato un best seller negli Usa e che ora è stato tradotto anche in Italia con il titolo «Dimagrisci per sempre aiutando il tuo intestino» (Newton Compton). Qualche esponente della comunità scientifica ha arricciato il naso, ma per chi non riesce a perdere peso, i consigli di Brenda potrebbero essere di aiuto. Cibi off limits? Gli zuccheri soprattutto. Quelli utili? Grassi, in particolare l'olio di oliva.

A. Bz.

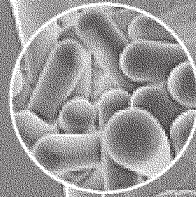
Il progetto

Il budget è di mezzo miliardo di dollari: circa 120 li ha stanziati il Governo americano per i prossimi due anni, il resto arriva dai privati. L'obiettivo? Studiare i microbi che sono presenti non solo nell'organismo umano, ma anche nell'ambiente, nel suolo, nei terreni coltivati, negli oceani. Il progetto è appena stato lanciato dalla Casa Bianca e si chiama «National Microbiome Initiative».

IL MICROBIOTA INTESTINALE:

CHE COS'È

L'insieme dei **microrganismi (batteri)** presenti nell'intestino. L'insieme dei geni dei microrganismi stessi forma il **microbioma**. Il **microbiota** di un individuo si insedia a partire dalla nascita, nei primi **4-36** mesi di vita, a seguito del contatto con i genitori e l'ambiente esterno e contemporaneamente allo sviluppo di un sistema immunologico intestinale

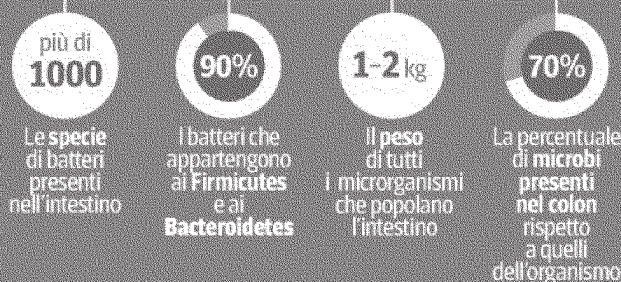


100 mila miliardi
I batteri
dell'intestino

LE FUNZIONI PRINCIPALI

- Barriera contro la proliferazione dei patogeni
- Regolazione della maturazione del sistema immunitario e sua modulazione
- Produzione di vitamine (acido folico, vitamina K, vitamine del gruppo B)
- Regolazione della motilità intestinale
- Parziale recupero di energia dalle fibre alimentari

LE TIPOLOGIE DI MICRORGANISMI



MALATTIE ASSOCIATE ALL'ALTERAZIONE DEL MICROBIOMA INTESTINALE

- Obesità
- Diabete
- Malattie infiammatorie cronico intestinali
- Sindrome metabolica
- Artrite reumatoide
- Infezione da Clostridium difficile
- Tumori: stomaco, colon, intestino, fegato
- Disturbi psichici

Discreto e facile da usare per le persone con diabete nella routine quotidiana

Diabete. Arriva il microinfusore Accu-Chek Insight

■■■ L'evoluzione continua della tecnologia è indirizzata verso la semplificazione dell'utilizzo nella quotidianità, per agevolare l'aderenza alla terapia e garantire una convivenza più serena tra lo strumento e il paziente diabetico. Le persone con diabete possono oggi usufruire di un nuovo livello di facilità d'uso, di una gestione discreta e sicura della terapia con il microinfusore Accu-Chek Insight. Il nuovo sistema è ora ufficialmente disponibile in Italia, ed è costituito da due componenti principali: il microinfusore per insulina Accu-Chek Insight e il dispositivo per il controllo remoto Accu-Chek Aviva Insight. Con la cartuccia insulina preriempita NovoRapid PumpCart, commercializzata da Novo Nordisk, gli utilizzatori del microinfusore Accu-Chek Insight possono ora semplicemente inserire la cartuccia di insulina nel microinfusore stesso riducendo notevolmente il tempo e semplificando quest'operazione. Il dispositivo consente di poter gestire il microinfusore a distanza, di effettuare il monitoraggio del glucosio nel sangue, inoltre dispone di un calcolatore del bolo clinicamente dimostrato e consente la gestione dei dati in qualsiasi momento direttamente dal touchscreen. (E. SER.)

Sanità, ecco i sette «buchi neri» che condannano la Campania

Dai tumori all'infarto, ospedali nelle retrovie in Italia per efficienza

Maria Pirro

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

I principali nodi fanno riferimento alle cure oncologiche. Oltre al cancro al seno, si parla del tumore maligno del colon. «50-70 interventi chirurgici», da garantire all'anno, «sono considerati la soglia di attività per una riduzione della mortalità a 30 giorni». E invece, 25 strutture in Campania eseguono meno di cinque operazioni, 19 strutture ne effettuano tra sei e dieci, altre 15 tra undici e quindici e soltanto otto delle restanti 29 hanno «un volume di attività pari o superiore a 50». O almeno questo è il dato registrato nel 2014.

Tumore maligno del polmone, si legge nel documento regionale: «La mortalità a 30 giorni per l'intervento chirurgico è inversamente proporzionale al numero» di operazioni garantite nella struttura. Che cosa avviene in Campania? Solo tre strutture su sette, meno della metà, assicurano più di cinquanta interventi all'anno.

Ciò significa rischi più alti.

Un altro punto nella programmazione da rivedere è dedicato alla frattura collo femore: l'intervento chirurgico è raccomandato «entro due giorni» e viene eseguito nei tempi nel 49,9 per cento delle strutture in Italia. Ma questo accade in Campania solo nel 20 per cento dei casi.

Salvo un reparto, che supera in positivo la media nazionale, ne sono censiti 38 su 57 che raggiungono «il volume di attivi-

tà fissato dal ministero», ossia garantiscono 75 ricoveri all'anno.

Questione antica, quella dei tagli cesarei. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, non dovrebbero essere più del 15 per cento dei parti, in totale, presi in ogni divisione di ginecologia e ostetricia. Il ministero ne prevede un 25 per cento nelle strutture che eseguono più di 1000 parti (in genere, attrezzate anche per le gravidanze a rischio) e il 15 per cento in quelle che ne effettuano meno di 1000. Ma solo sei ospedali e cliniche su 62 sono in linea con gli standard nazionali. Addirittura un bimbo su due viene alla luce con l'aiuto del bisturi nella regione che, peraltro, ha ancora troppi mini-punti nascita, ma destinati a sparire con l'applicazione del nuovo piano ospedaliero.

All'esame c'è poi «la mortalità per infarto a 30 giorni»: in Italia il dato si attesta al 9,2 per cento, nella regione è inferiore alla media nazionale, però «in 10 strutture campane il dato è superiore a quello atteso, senza che visia alcuna relazione con i volumi di attività che risultano molto variabili tra loro».

Non ultima questione, gli interventi di angioplastica ai malati di cuore necessari per correggere un difetto nel flusso sanguigno: lo stent coronarico deve essere garantito «entro 60/90 minuti nel 60 per cento dei casi di

Ima-Stemi», la sigla più tecnica per indicare l'infarto miocardico acuto. E invece, la rilevazione mostra che la tempestività è possibile «poco oltre il 35 per cento» delle volte, mentre solo quattro strutture campane «superano il valore del 60 per cento e rispettivi volumi di attività», altre 7 strutture si «attestano tra

45 per cento e 60 per cento». E il numero più alto di prestazioni anche in questo caso si associa alla pratica: «gli undici migliori risultati si ottengono nei primi diciassette presidi con maggior volume di attività», è precisato nel documento, che preannuncia le altre misure per integrare il piano ospedaliero. «Le evidenze - si legge - sopra riportate rendono non più rinviabile un sistema di monitoraggio che, in pari alle azioni di verifica, permetta un progressivo miglioramento degli esiti, nella garanzia della qualità delle prestazioni erogate». Tuttavia, «i percorsi di audit finora avviati non hanno evidenziato miglioramenti sostanziali per cui si programma una sostanziale rivisitazione del processo e della sua applicazione».

Sullo sfondo, i dati sulla mortalità nella regione che ha un triste primato: risulta essere quella «con più bassa speranza di vita alla nascita». In particolare, «la provincia di Napoli presenta anche un'attesa di vita a 65 anni inferiore al valore nazionale e a tutti i valori delle altre province campane». Inoltre, sono 150-180 all'anno le nuove neoplasie che colpiscono bambini e adolescenti campani, uno su quattro riceve diagnosi fuori regione e il 30 per cento dei piccoli emigra dalla Campania alla ricerca di cure.

I decreti
La Regione punta a migliorare gli standard in un anno con misure ad hoc



I nodi
In molte strutture gli interventi sono pochi: troppi invece i tagli cesarei



Ma, nel guardare al futuro, governatore e commissari alla sanità promettono la svolta. Anche per affrontare i sette (e gli altri) nodi irrisolti. «A regime», è questa la conclusione del piano regionale di programmazione della rete ospedaliera, «il processo di valutazione permetterà anche di riorganizzare i punti di erogazione dell'assistenza ospedaliera in funzione del raggiungimento degli standard attesi, dei volumi ed esiti, indicatori di una buona sanità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

19.628

I posti in ospedale
Ne sono previsti 3,5 ogni mille abitanti: il parametro tiene conto anche del dato sulla fuga dei pazienti

1.424

I letti aggiuntivi
L'aumento dei posti serve a rafforzare settori in sofferenza come riabilitazione e lungodegenza

30

Il timing
I manager di Asl e ospedali devono rivedere gli atti per adeguare i reparti alle nuove indicazioni

4

Le scadenze
È annunciato tra 120 giorni un monitoraggio sull'attuazione del nuovo piano

40

Le case di cura
Le cliniche con meno di 40 posti o con fino a 60 letti dovranno essere rimodulate

Speranza di vita

Anno 2014	alla nascita		a 65 anni	
	Valore	Indicatore	Valore	Indicatore
AV	79,3	16,4	84,3	21,8
BN	79,3	16,4	83,6	21,5
CE	78,5	17,6	83,2	20,8
NA	77,9	17,1	82,7	20,5
SA	79,6	18,4	84,3	21,8
Regione Campania	78,5	17,7	83,3	21,0
Mezzogiorno	79,5	18,5	84,2	21,7
Italia	80,3	18,9	85	22,3

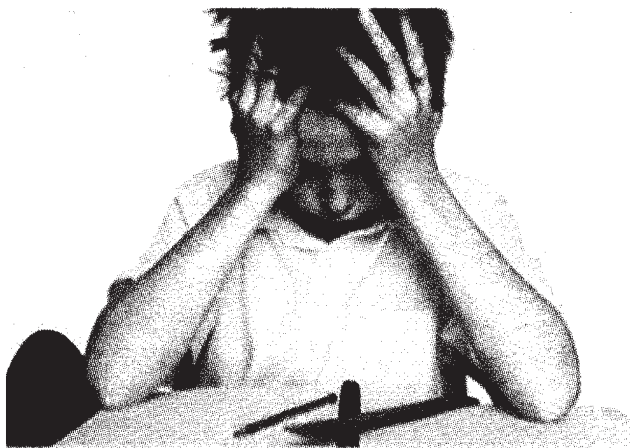


SANITÀ

L'allarme dei pediatri, a convegno a Napoli: «Serve formazione»

«Disturbi dell'apprendimento, diagnosi tardive e cure inadatte»

I disturbi dell'apprendimento in età scolare non sono spesso riconosciuti né curati nel modo giusto. È l'allarme lanciato dal congresso "Pediatria mediterranea" della Federazione italiana medici pediatri, presieduta da Antonio D'Avino. Molti i lavori scientifici presentati dalla Fimp, anche su difficoltà che spesso creano grandi diseguaglianze tra i bambini come i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). «Non si tratta di disabilità - ci tengono a chiarire i pediatri - né di deficit intellettivi o di menomazioni. Si tratta invece di disturbi, che con adeguate strategie, possono essere compensati e, quindi, superati. Sono disturbi specifici perché interessano significativamente un dominio di abilità, ma sono circoscritti, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale». Il problema è che dall'elaborato

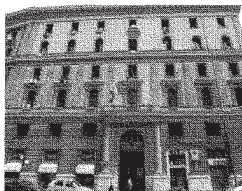


LO STUDIO

Patrizia Gallo, pediatra e coordinatrice del Centro Studi Scientifici della Fimp Napoli, ha evidenziato come il 66% dei pediatri intervistati ritenga per i bambini «impossibile ottenere i sussidi didattici necessari»

della dottoressa Patrizia Gallo (pediatra e coordinatore del Centro Studi Scientifico della Fimp Napoli) si evince come il 66% dei pediatri intervistati ritenga per i bambini «impossibile ottenere i sussidi didattici». Situazione che di fatto crea grandi diseguaglianze. «Riconoscere però precocemente i DSA - dice - è fondamentale per evitare che si prolunghi il tempo dell'incomprensione e il bambino abbia la percezione di una limitata capacità e una grave perdita di autostima. Per questo è necessaria una formazione specifica del personale coinvolto, che offra gli strumenti adeguati per cogliere i primi segnali ed effettuare precocemente gli opportuni interventi. A cominciare dal pediatra di famiglia».

© riproduzione riservata



Politica regionale

Dopo mesi di attesa il documento del commissario Polimeni ha visto la luce: ora va sottoposto al Ministero della Salute per avere l'ok definitivo

La bozza: posti letto incrementati di 1400-1600 unità, più attenzione a Caserta e nelle Asl Napoli 2 e 3

Piano ospedaliero promosso con riserva

Il governatore De Luca: va certamente rivisto. Topo: servono modifiche migliorative

di Loredana Lerose

NAPOLI - Mesi e mesi per metterlo nero su bianco e neanche la Regione ne è entusiasta. Il piano ospedaliero del commissario alla sanità **Joseph Polimeni** non convince del tutto il governatore campano **Vincenzo De Luca**. Pur sostenendo che si tratti di un buon lavoro, il presidente ha precisato che è solo un punto di partenza a cui sarà necessario apportare delle modifiche. "Mi pare un ottimo lavoro di base - ha dichiarato De Luca - Ma c'è qualche errore materiale e credo che andrà previsto un decreto correttivo, ma è importante che sia stato proposto un piano ospedaliero dignitoso e ragionevole che realizza anche un equilibrio importante sul piano regionale".

Una promozione a metà, nonostante il commissario assicura di aver tenuto conto delle 'indicazioni' arrivate da palazzo Santa Lucia. "Il nuovo piano ospedaliero recepisce le posizioni della Regione al 90% - ha spiegato il governatore - nessun ospedale sarà chiuso, abbiamo recuperato

pienamente il Maresca di Torre del Greco, Scafati, il Daprocida che diventa polo regionale della riabilitazione, alcuni pronto soccorso, Agropoli e

alcuni ospedali in zone disagiate. Aumentiamo il numero di posti letto nella regione Campania di 1400-1600 unità, incrementiamo di molto la previsione di posti letto per la provincia di Caserta che era la più penalizzata. Aumenti significativi anche alla Napoli 2, a Salerno e alla Napoli 3. Si sono evitati duplicati, e si sono rispettati i parametri previsti dallo Stato nel rapporto tra popolazione e posti letto, tra bacini di utenza e unità operative complesse". La strada da percorrere per raggiungere livelli di assistenza sufficienti è ancora molta. "Per le cliniche e i laboratori ancora non ci siamo. Intanto, in questo mese di maggio ci dedichiamo alla chiusura dei contratti con le strutture private accreditate, cliniche e laboratori, e ci concentriamo a migliorare i Lea nel nostro territorio - ha concluso De Luca - Attendiamo il decreto di approvazione da parte del Ministero, ovviamente adesso è solo una proposta".

Anche per il presidente della commissione regionale Sanità, **Lello Topo** il documento elaborato dalla struttura di Polimeni è un buon punto di partenza ma restano alcune riserve. "Il nuovo piano di riorganizzazione garantisce assistenza senza chiudere nessun ospedale, ma ridefinendo le funzioni delle strutture preesistenti a garanzia di una adeguata offerta sanitaria alla comunità campana - ha evidenziato il

democrat - Si tratta di una nuova organizzazione che punta alla sostenibilità e ad un miglior equilibrio dell'assetto regionale. È uno strumento attuabile, che non resterà solo sulla carta e che punterà a investimenti in capitale umano, nuova tecnologia ed edilizia sanitaria. La sfida è metterlo in atto - ha terminato - Su alcune previsioni è necessario riservarsi ulteriori approfondimenti, in vista di eventuali modifiche migliorative".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Disporremo certamente un decreto correttivo”

**Sanità e ambiente**

Ospedali, ecco il piano: nuovi servizi e niente tagli

Ecoballe, via alla bonifica: primo trasferimento il 30 maggio

Ettore Mautone

Sanità e ambiente: l'agenda del governatore Vincenzo De Luca si arricchisce di questi due punti fermi conquistati negli ultimi giorni ai tavoli della programmazione di Palazzo Santa Lucia con il Governo. Piano ospedaliero e smaltimento delle ecoballe, posti letto e standard di salute al fianco delle bonifiche e degli adeguamenti dei cinque depuratori a Napolinord. Mare blu e ricerca sul cancro: il presidente della Regione traccia il punto delle cose fatte nel consueto appuntamento settimanale con Lira Tv. Il Piano ospedaliero, approvato dalla struttura commissariale è stato trasmesso nei giorni scorsi, per l'approvazione definitiva, ai ministeri della Salute e dell'Economia. Poche le novità rispetto alla bozza anticipata da Il Mattino nelle settimane scorse: tra queste la costituzione, entro dodici mesi, della rete oncologica pediatrica ricorrendo a forme innovative di integrazione organizzativa tra cui l'eventuale istituzione di un Dipartimento interaziendale, l'identificazione del Cotugno quale centro regionale per le malattie infettive pediatriche, l'attribuzione al Santobono di Centro regionale per le

emergenze neuropsichiatriche infantili, la costituzione

—
Le novità
Presto la rete oncologica pediatrica e il centro di III livello per patologie fetali
—

al Cto di un centro per la ortopedia geriatrica e infine l'identificazione, al Monaldi, di un centro di III Livello a valenza regionale per le patologie fetali nell'ambito della rete pediatrica per offrire risposte assistenziali nella diagnosi prenatale anche in considerazione delle tematiche relative a Terra dei Fuochi. Un centro ad elevati standard di assistenza articolato sulla cardiologia pediatrica, la cardiocirurgia pediatrica e la terapia intensiva neonatale con ambulatori per la gestione ed il monitoraggio della gravidanza dedicati. Spariscono infine, le unità operative di Fisiopatologia della riproduzione umana dirottando i centri pubblici per la Pma (Procreazione medicalmente assistita) nelle ginecologie. Una scelta di campo in contrasto con le linee guida

delle società scientifiche di settore. In totale della dotazione di posti letto è di 19.628 unità (3,52 per 1000 abitanti), di cui 16.486 per acuti e 3.142 post-acuzie che portano all'attivazione di nuovi 1.424 posti letto aggiuntivi. De Luca è soddisfatto: «Un piano - sottolinea - che recepisce le posizioni della Regione al 90%. Nessun ospedale sarà chiuso, a differenza di quanto prevedeva l'unico atto amministrativo ancora in vigore - il decreto 49 approvato dal presidente della precedente giunta regionale». De Luca ricorda di aver scongiurato la chiusura di una decina di ospedali, in particolare di tutti quelli della città di Napoli, in vista dell'apertura dell'Ospedale del mare. «Incrementiamo di molto le degenze per la provincia di Caserta che era la più penalizzata, ma anche a

Napoli e Salerno. A Napoli 2 nord ci sono pochi posti letto, ma bisognerà realizzare nuovi spazi perché mancano fisicamente le strutture. Abbiamo evitato duplicazioni e rispettato i parametri previsti dallo Stato. A me pare un ottimo lavoro di base. Un piano ospedaliero dignitoso e ragionevole». Si parte con le reti dell'urgenza (infarto, ictus e trauma) e per l'emergenza pediatrica, che investono anche il riordino delle Case di cura impegnate nel complesso snodo della riconversione per quelle sotto dimensionate (40-60 letti) e neuropsichiatriche. Potenziato il comprensorio di Napoli, anche a compensazione delle carenze di Napoli 3 sud e Napoli 2 nord. Territori con pochi ospedali mal distribuiti per i quali serviranno tempi più lunghi e investimenti in edilizia ospe-

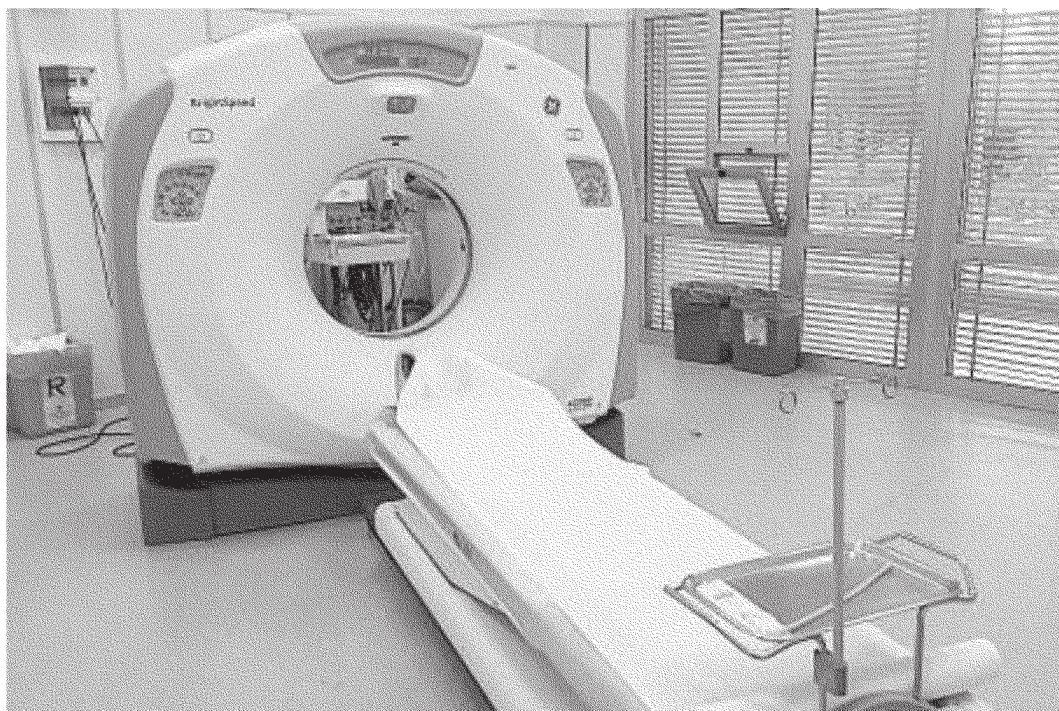
daliera. Recuperati il Maresca di Torre del Greco, l'ospedale di Scafati, il Da Procida (che diventa polo regionale della riabilitazione). In deroga alle chiusure programmate rientrano in pista Castiglione di Ravello, annesso al Ruggi di Salerno, Roccadaspide e Agropoli (già centro ambulatoriale ad indirizzo Oncologico e struttura residenziale per cure palliative e attività territoriali per i disturbi del comportamento alimentare). Tutti potranno contare su 20 posti letto di medicina cui potrà appoggiarsi anche una chirurgia ambulatoriale e il pronto soccorso. Il Da Procida sarà potenziato a centro di riabilitazione regionale. Infine Capri e Ischia dove i presidi sono potenziati e raccordati con gli ospedali in terraferma. Per l'isola di Procida il discorso è ancora aperto: attual-

mente il presidio è dotato di 9 posti letto, di cui 6 diricovero ordinario, distinti in 2 posti letto per ciascuna delle discipline di medicina, chirurgia e ostetricia. Configurazione che viene rimodulata con la presenza di un Punto di primo intervento, chirurgia ambulatoriale e ospedale di Comunità con assistenza infermieristica e gestito dai medici di Medicina generale. Per le gravidanze andranno definite procedure di trasferimento sia in caso di emergenza sia nelle attività programmate. Sotto i riflettori i contratti con cliniche e centri specialistici da chiudere entro maggio. Qui i nodi non mancano, dalla sottostima del tetto di spesa per le Case di cura ai ritardi nei pagamenti a Napoli 1 sulle attività correnti. Senza contare le tariffe della riabilitazione. De Luca è ottimista: «Dal Piano ospedaliero comincia la grande sfida per fare della Campania la prima sanità d'Italia per eliminare le liste di attesa e ridurre i 300 milioni che regaliamo al nord per cure fuori regione». In cantiere anche la riforma del 118 e 112. In primo piano anche la medicina territoriale da sviluppare seriamente per evitare ingorghi nei pronto soccorso.

C'è poi il calendario delle bonifiche: lunedì 30 maggio inizierà il trasferimento del primo carico di ecoballe di rifiuti al di fuori della Campania. «L'inizio - secondo De Luca - della bonifica di tutto il territorio e della soluzione del problema della Terra dei Fuochi e avvio di un programma di gestione dei rifiuti centrato su raccolta differenziata ed impianti di compostaggio».

I trasferimenti successivi sono in agenda il 31 maggio, l'1, 6 e 7 giugno. De Luca parla anche della «riconquista di immagine di dignità e rispetto». Infine il mare: «Tra una decina di giorni firmeremo contratti con le aziende che hanno vinto le gare per i cinque depuratori dell'area Nord della Campania. Nell'arco di un anno e mezzo saranno pienamente funzionanti per avere un mare splendido in tutte le aree della Campania».

L'annuncio
Partono
anche le reti
d'urgenza
in regione
per infarto
ictus
e trauma



Diagnosi Da potenziare il livello di prevenzione del rischio tumori in provincia di Caserta

La sanità, l'allarme

Mortalità ancora elevata il primato negativo resiste

Tumori e diabete, tasso superiore alla media: rischiano più gli uomini

Lorenzo Calò

In provincia di Caserta il tasso di mortalità continua a essere più alto della media nazionale. Lo rivela anche la relazione epidemiologica allegata al piano ospedaliero regionale appena varato e inviato al ministero della Sanità per l'approvazione. Il documento prende in esame una serie di parametri, a cominciare dall'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14), pari a 98,7 rispetto al valore medio di 144,5. «La distribuzione di tale indice - precisa la relazione - è per

diforme all'interno della regione con valori molto bassi nelle province di Napoli e Caserta (rispettivamente 85,7 e 88,6) e più alti nelle restanti province (Benevento 151,6, Avellino 142,8 e Salerno 121,7)». Quanto all'incidenza di patologie di varia genesi «quando si analizzano le cause specifiche di mortalità, tra gli uomini vi è in Campania una larga prevalenza di tassi superiori alla media nazionale - sottolinea il rapporto - Sono infatti più alti i livelli di mortalità per malattie circolatorie e le malattie cerebrovascolari; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e per dia-

bete mellito. Per quanto riguarda i tumori maligni nel loro complesso, i tassi osservati in Campania sono superiori al dato nazionale. Risultano più elevati i tassi di mortalità per i tumori nelle seguenti sedi: fegato, laringe, trachea, bronchi e polmone, prostata, pancreas, vescica. Tra le donne risultano più elevati i livelli di mortalità per malattie circolatorie e malattie cerebrovascolari; risultano inoltre più elevati i tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente». Risalta inoltre il tasso di mortalità per diabete mellito (4,88) quasi doppio di quello italiano (2,58).

Il tasso di mortalità per il comples-

Cava de' Tirreni Il futuro del S. M. dell'Olmo

«Ospedale salvo» ok a 89 posti letto ma giallo Pediatria

Il reparto non compare
nel piano Polimeni
Servalli: subito chiarezza

Valentino Di Domenico

CAVADE' TIRRENI. C'è soddisfazione amata nella città metelliana all'indomani della presentazione, da parte del Commissario Joseph Polimeni, del piano regionale relativo alla riprogrammazione della rete ospedaliera in tutta la Regione Campania. Se da un lato vengono riconosciuti 89 posti letto all'ospedale Santa Maria Incoronata dell'Olmo, dall'altra c'è forte preoccupazione per il futuro di alcuni importanti reparti che, almeno stando alla bozza di questo documento, potrebbero essere cancellati o ridimensionati.

«Si tratta di un piano che deve passare ancora al vaglio del ministero della Salute - ha commentato il sindaco Vincenzo Servalli - ed in queste ore lo stiamo analizzando attentamente. Tuttavia, il dato generale, è molto positivo poiché con questo decreto vengono riconosciuti al nostro ospedale 89 posti letto, superando quindi il decreto 49 del 2010 che ne assegnava zero. In buona sostanza - prosegue Servalli - ciò significa una riapertura formale del nostro ospedale che, dopo quasi sei anni, torna ad

esistere sui documenti, e sul quale si può e si deve tornare ad investire. Ora però ci sono ancora delle cose che vanno meglio definite, dobbiamo capire bene quale sarà l'assetto che avrà il nostro ospedale».

Dal piano ospedaliero regionale però ora spunta un nuovo «giallo». Si tratta del futuro del reparto di Pediatria, vero e proprio fiore all'occhiello del Santa Maria dell'Olmo, e punto di riferimento per tutto il comprensorio campano per alcune patologie. Nel piano Polimeni, infatti, il reparto non viene contemplato, ma stando alle notizie che trapelano anche dalla direzione generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, sembra che si tratterebbe di un mero errore formale e che tutto dovrebbe essere sistemato nelle prossime ore. «Rispetto all'atto aziendale del Ruggi - spiega Servalli - in questo piano non abbiamo visto il reparto di Pediatria. In queste ore siamo in contatto con tutti i livelli istituzionali regionali per risolvere questa situazione, perché stiamo parlando di un reparto che rappresenta da sempre un'eccellenza che serve un'utenza di circa 100mila abitanti».

**I sindacati
Biondino
«Sventata
la chiusura
del presidio
ma ancora
troppe
carenze»**

Particolarmente critico, invece, il commento del sindacalista Gaetano Biondino della Cisl, che bocchia senza mezzi termini il piano regionale di programmazione della rete ospedaliera in Campania ed esprime pre-



Sanità Una protesta davanti all'ospedale Santa Maria dell'Olmo

occupazione per il futuro di alcuni reparti del nosocomio metelliano. «Sono amareggiato - tuona Biondino - perché Cava de' Tirreni non merita questo declassamento. L'unico dato positivo è il riconoscimento dei posti letto, ma siamo perplessi per l'assegnazione di alcuni reparti che nulla hanno a che vedere con la storia e la tradizione del Santa Maria dell'Olmo». Infatti, per il nosocomio metelliano sono previsti ben 16 posti letto per lungodegenti, mentre viene portato a 25 il numero dei posti letto per la medicina. C'è preoccupazione an-

che per un paventato dimezzamento dei posti letto al reparto di ortopedia. Infatti, se nell'atto aziendale ne erano previsti 15, nel piano ospedaliero si prevede uno sdoppiamento: a Cava potrebbero restare 8 posti letto, mentre altri 8 dovrebbero essere allocati al Fucito di Mercato San Saverino, dove dovrà essere creato un reparto ex novo. Giovedì prossimo, 26 maggio, è prevista una riunione in Regione. Confermata invece la chiusura del reparto di ostetricia e ginecologia, nonostante la sentenza del Tar.

Guerra ai superbatteri resistenti agli antibiotici

La controffensiva è partita. Dopo il tempo degli allarmi, e' in corso l'attacco mosso da istituzioni, societa' scientifiche e aziende farmaceutiche contro i superbatteri resistenti agli antibiotici: una minaccia sanitaria più temibile dei tumori. In Europa, oltre 4 milioni di persone l'anno vengono colpite da infezioni batteriche ospedaliere, con 25.000 morti stimate per infezioni provenienti da germi resistenti. Nel nostro Paese, ogni anno, dal 7% al 10% dei pazienti va incontro a un'infezione batterica multiresistente. Le infezioni correlate all'assistenza (Ica) colpiscono ogni anno circa 284.000 pazienti causando circa 4.500-7.000 decessi. Nel mondo, nel 2050, le infezioni batteriche causeranno circa 10 milioni di morti l'anno, superando ampiamente i decessi per tumore (8,2 milioni/anno), diabete (1,5 milioni/anno) o incidenti stradali (1,2 milioni/anno) con un impatto negativo-secondo recenti stime del Fondo monetario internazionale- di circa il 3,5% sul Pil mondiale. Sono due le principali

misure da mettere in campo.

La prima: l'adozione dei principi della antimicrobial stewardship, ovvero l'appropriatezza nell'impiego degli antibiotici per ridurre l'abuso e prolungarne il più possibile la vita. La seconda: la promozione di incentivi all'introduzione di terapie innovative in grado di far fronte ai ceppi resistenti. Il buon esempio viene dagli Stati Uniti dove il Governo Obama ha esteso l'utilizzo dei fondi destinati al bioterrorismo allo sviluppo di antibiotici attivi contro i microrganismi con elevata resistenza, allocando per il solo 2016 circa 1,2 miliardi di dollari. Anche l'Italia si sta muovendo nella lotta all'antibiotico-resistenza: il rilancio della copertura vaccinale in calo e l'adozione di rigorosi protocolli di igiene negli Ospedali, saranno parte integrante del Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza coordinato dal ministero.

Stanchezza cronica La malattia oscura che non ha cure

È una patologia invalidante, spesso sottovalutata, che mina seriamente la qualità di vita dei pazienti. Non si hanno ancora dati certi sulla Sindrome da fatica cronica in Italia, ma secondo gli esperti l'incidenza dovrebbe aggirarsi tra i 500.000 e il milione di casi di persone affette. Il 12 maggio si è celebrata la Giornata mondiale dedicata a questa patologia. «Di recente - spiega Umberto Tirelli, direttore del dipartimento di Oncologia medica dell'Istituto nazionale tumori, Centro di riferimento oncologico di Aviano - abbiamo messo a punto un test genetico che valuta la suscettibilità genetica di sviluppare una stanchezza cronica ed eventualmente una sindrome da fatica cronica. Dai dati preliminari emerge che può esserci anche un incremento del rischio familiare della patologia o comunque della suscettibilità a svilupparla». Purtroppo, però, per ora non c'è nessun farmaco in grado di sconfiggerla definitivamente.

La terapia

«Spesso, i pazienti possono trarre dei benefici - spiega l'esperto ologico con antivirali, corticosteroidi, immunomodulatori e integratori e da modifiche dello stile di vita. In questo modo è possibile portare alla guarigione o comunque a miglioramenti significativi dei sintomi. Da qualche tempo, stiamo utilizzando anche l'ossigeno-ozonoterapia, con risultati sorprendentemente positivi. Il trattamento comporta un miglioramento delle attività cognitive e della memoria, della fatigue-stanchezza, del microcircolo cerebrale, un aumento dell'attenzione e

una diminuzione del dolore». Intanto, nel dicembre 1994, un gruppo internazionale di studio sulla sindrome ha pubblicato sugli *Annals of internal medicine* una nuova definizione di caso che rimpiazzava quella precedente.

I sintomi

Spiega ancora Tirelli: «Un caso di sindrome da fatica cronica è definito dalla presenza di fatica cronica persistente per almeno sei mesi, non alleviata dal riposo e che si aggrava con piccoli sforzi». Questo deve provocare una sostanziale riduzione dei livelli precedenti delle attività occupazionali, sociali o personali. Inoltre, devono essere presenti per almeno sei mesi quattro o più dei seguenti sintomi: disturbi della memoria e della concentrazione così severi da ridurre sostanzialmente i livelli precedenti delle attività occupazionali e personali; faringite; dolori delle ghiandole linfonodali cervicali e ascellari; dolori muscolari e delle articolazioni senza infiammazione o rigonfiamento delle stesse; cefalea di un tipo diverso da quella eventualmente presente in passato; un sonno non ristoratore; debolezza post esercizio fisico che perdura per almeno 24 ore. Ovviamente, dice l'esperto, devono essere escluse «tutte le condizioni mediche che possono giustificare i sintomi del paziente, quali infezioni croniche, ipotiroidismo, disfunzioni dell'ipofisi, epatite B o C, tumori, depressione maggiore, schizofrenia, demenza, abuso di sostanze alcoliche ed obesità. Spesso i pazienti hanno una sintomatologia

tipica di un'influenza cronica - conclude Tirelli - che dura per anni». La sindrome lascia spesso per molti anni una situazione così grave dal punto di vista fisico che impedisce a tutti coloro che ne sono affetti di continuare a lavorare o a studiare, affermato Tirelli.

Statistiche

«Secondo la ricerca condotta dall'Agenas di prevalenza dal 2001 al 2010 attraverso i codici della scheda di dimissione ospedaliere delle varie Regioni e riportata nel documento, i ricoveri con indicazione "sindrome da affaticamento cronico" sono stati in 10 anni 644, con una prevalenza maggiore nelle regioni meridionali. La fascia di età più interessata è stata fra i 45-64 anni con 159 ricoveri, rapporto femmine-maschi di 2 a 1, di cui 55 in Basilicata che è stata la regione italiana che ha fatto la diagnosi più frequente, seguita dalla Campania con 25 ricoveri e Lazio con 22 ricoveri. L'altra fascia di età più interessata è quella fra i 25-44 anni, con un rapporto fra femmine-maschi di 1 a 1, e con un totale di 131 ricoveri nel decennio. Ma i ricoveri sono stati 70 nella fascia di età 5-13 anni (39 maschi e 31 femmine) e 52 nella fascia di età 15-24 anni.

500

MILA

Il numero minimo di italiani afflitto dalla sindrome. Tuttavia le stime arrivano a stabilire che i pazienti potrebbero essere il doppio

12

MAGGIO

Si è celebrata la giornata mondiale dedicata a questa malattia rara. Migliaia di ricercatori in tutto il mondo cercano soluzioni e cure

644

RICOVERI

Gli unici casi di ricoveri negli ultimi dieci anni (25 in Campania) con una diagnosi di Stanchezza Cronica. Ciò dimostra quanto sia poco conosciuta la malattia

45

ANNI

E' la soglia più ricorrente oltre la quale compaiono i sintomi della malattia. La fascia più colpita, infatti, va dai 45 ai 64 anni.