



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



# Autismo senza cure e caso precari la Cisl: «Sanità, ora risposte serie»

## LA DENUNCIA Antonello Plati

Terapie negate ai bambini autistici e stabilizzazione dei precari in sanità: la Cisl Funzione pubblica a muso duro contro il governatore De Luca (ieri in città per partecipare alla Camminata rosa).

«Per questioni di budget in tutta la Regione, tranne che per chi si rivolge all'Asl di Salerno, dove la direzione generale ha preso un provvedimento ad hoc stanziando circa 3,5 milioni di euro, i bambini autistici non posso usufruire di terapie», spiega Antonio Santacroce, segretario generale della Csil Fp Irpinia-Sannio. «Ci chiediamo come mai nelle altre province non sia stato adottato questo metodo. Eppure la continuità terapeutica ed educativa è una condizione essenziale per chi è affetto dal disturbo autistico».

L'Asl di Salerno ha stretto un accordo con i centri per la gestione transitoria dei percorsi terapeutici dei casi di disturbo dello spettro autistico con tariffa stabilita (circa 36 euro): dal primo settembre al 31 dicembre queste terapie non ricadranno nella gestione ordinaria (ex articolo 26) che prevedeva le liste di attesa per la presa in carico dei pazienti in base alla gravità della patologia.

«La burocrazia - incalza il sindacalista - non può danneggiare i bambini autistici e le loro famiglie: occorre una politica unitaria che metta sullo stesso piano tutte

le province. I bambini autistici hanno gli stessi diritti, siano essi nati a Salerno, Caserta, Avellino o a Benevento. Non è possibile che un genitore già impegnato nell'educazione del figlio autistico debba fare i conti con i bilanci di una sanità pubblica che invece dovrebbe assicurare continuità nelle cure».

Da un problema all'altro, il bersaglio è sempre il governatore: «Le decisioni del presidente De Luca non possono essere ostacolate dalla macchina burocratica, adesso temiamo che il risultato del mancato accordo sui precari della sanità possa essere devastante». Il riferimento è al vertice che s'è tenuto l'altro giorno a Palazzo Santa Lucia, terminato con una fumata nera.

«Sono migliaia gli operatori sanitari precari che in Irpinia reggono il sistema. In Campania, complessivamente, sono circa 15mila con profili professionali diversi e situazioni contrattuali differenziate per l'espletamento dei servizi essenziali: tutti potrebbero perdere il posto».

I tavoli tecnici programmati alla regione Campania non hanno prodotto gli accordi sperati: «Non è stato tenuto conto del reale fabbisogno sanitario e non è stata presa in considerazione la proposta di proroga tecnica di tutte le forme di precariato almeno fino a dicembre. Questa situazione rischia di provocare forti tensioni sociali negli ospedali e nelle strutture sanitarie che fino oggi hanno garantito i livelli essenziali di assistenza proprio grazie al lavoro dei precari». Quindi la richiesta di fare chiarezza sulla linea politica: «Non è possibile

- conclude Santacroce - che la Regione auto-annulli delle decisioni che non solo danno un respiro a chi attende da anni un contratto di lavoro ma soprattutto a chi ha bisogno di cure immediate».

L'appello, «per porre fine ad annunci e ritardi», è ribadito dal segretario generale della Csil Fp Campania, l'avellinese Doriana Buonavita: «Facciamo appello al governatore De Luca affinché intervenga quanto prima per porre fine a un preoccupante clima di tensione sociale tra i lavoratori e i vincitori di concorso in Sanità. Crediamo sia arrivato il momento della concretezza, superando le incertezze e le titubanze per puntare decisi al rilancio dell'assistenza sanitaria: in tutte le Aziende sanitarie regionali è evidente la necessità di recuperare anni di politiche recessive in materia di reclutamento e gestione del personale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SANTACROCE: «ASSURDO CHE LA REGIONE NEGLI LE TERAPIE AI MINORI»  
ALTRO TEMA I CONTRATTI A TERMINE PER CHI OPERA NEL SETTORE DELLA SALUTE**



## Il sistema

# I batteri salvano l'ospedale

STEFANIA AOI, MILANO

«**C**on il nostro sistema di pulizia Pchs, sfruttiamo la biocompetizione microbica e in questo modo riusciamo a garantire igiene stabile nel tempo negli ospedali». Mario Pinca, amministratore delegato di Copma, cooperativa di Ferrara che fattura 36 milioni di euro e ha appalti in diverse strutture sanitarie italiane tra cui il Gemelli di Roma, parla del nuovo sistema che la sua cooperativa ha brevettato insieme al Laboratorio Cias dell'Università di Ferrara, e denuncia che oggi in Italia, e non solo, negli ospedali si usano ancora vecchi metodi e troppo cloro. «Sono invece in pochi a richiedere agli operatori che si occupano di pulizia sistemi innovativi in grado di innescare una guerra decisa contro gli agenti patogeni che creano infezioni durante i ricoveri».

### ALLARME GLOBALE

Quello delle infezioni contratte in ospedale è un problema serio: colpiscono ogni anno, in Europa, più di 4 milioni di persone nelle strutture sanitarie, secondo il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie che stima almeno 37.000 morti. L'allarme era stato lanciato anche dall'Organizzazione mondiale della sanità. «Solo in Italia un paziente su 15 contrae un'infezione durante la degenza – spiegava qualche mese fa anche il segretario generale di Cittadinanzattiva, Antonio Gaudio – Solo corrette pratiche, potrebbero ridurre le infezioni, con conseguenti benefici di natura economica per il sistema sanitario nazionale, considerato che i co-

sti di trattamento per ogni singola infezione variano dai 5 ai 9 mila euro».

Proprio la onlus Cittadinanzattiva, lo scorso febbraio, ha portato Copma in Parlamento Europeo, come esempio di realtà virtuosa. Il loro sistema di pulizia delle superfici ospedaliere, chiamato Pchs (Probiotic Cleaning Hygien System), è stato sperimentato in diversi ospedali del Belpaese (il Santa Maria del Prato di Feltre, gli Ospedali Riuniti di Foggia, il Policlinico Gemelli di Roma, l'Istituto Clinico Beato Matteo di Vigevano e l'Ospedale di Tolmezzo, in provincia di Udine, l'ospedale di Messina), e determinano una sorta di battaglia tra batteri buoni e cattivi, che finisce con la vittoria dei primi.

A confermarlo è anche una ricerca del Cias, alla quale hanno collaborato il Cergas dell'Università Bocconi (per la parte relativa ai costi), le università di Udine, di Pavia e di Messina, pubblicata su Infection and Drug Resistance, e che ha coinvolto oltre 12.000 pazienti e ha comportato l'analisi di oltre 30.000 campioni microbiologici ambientali provenienti da superfici ospedaliere. Quanto emerso è una riduzione del 52% delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria e una riduzione del 75,4% dei costi corrispondenti.

«Lavoriamo a questo progetto da diversi anni. – racconta Sante Mazzacane, direttore del Cias – E una volta perfezionato il sistema Pchs abbiamo condotto osservato per 12 mesi quanto accadeva in cinque ospedali. Nei primi 6 mesi abbiamo analizzato la situazione sulle superfici ospedaliere trattate con i sistemi tradizionali di disinfezione a base di cloro. Poi per altri 6 mesi abbiamo utilizzato il sistema Pchs, ottenendo, tra le altre cose, la diminuzione fino a 1000 volte della presenza di geni di resistenza agli antibiotici». Questo ha consentito alle strutture di



Peso: 44%

utilizzare il 60,3% in meno di antibiotici. E di utilizzare quelli meno costosi.

L'uso dei batteri per bonificare ambienti era già stato ipotizzato in via teorica nella letteratura scientifica una quindicina di anni fa, sulla scorta di analoghe ricerche di altri settori della tecnica. «Cias e Copma – conclude Mazzacane – hanno solo messo a punto le applicazioni pratiche per il mondo della sanità conducendo approfonditi studi microbiologici ed epidemiologici allo scopo di verificarne i benefici in termini di riduzione degli eventi infettivi e dei costi associati e sicurezza per i pazienti».

#### CAMBIO DI ROTTA

La pulizia Pchs usa la biocompetizione microbica che garantisce igiene stabile nel tempo e riduce le infezioni. Un progetto portato avanti dalla cooperativa Copma di Ferrara

Le infezioni in ospedale colpiscono ogni anno quattro milioni di persone in tutta Europa

Da più parti adesso si auspica un cambio di rotta nei bandi per selezionare le aziende di pulizia negli ospedali. Sarebbe importante andare oltre i sistemi tradizionali. E sarebbe necessario introdurre in modo sistematico il controllo microbiologico delle superfici ospedaliere per misurarne l'igiene. «Le più importanti associazioni della sanità – afferma l'ad di Copma – hanno prodotto linee guide in cui sono definiti standard di igiene per tenere basso il livello di batteri nocivi. Ma ciò non basta. Speriamo che presto tutto ciò diventi la norma».



Peso: 44%

# L'e-health europeo sbarca a Riad

VALERIO MACCARI. ROMA

**D**alla Spagna al Medio Oriente in sette anni, sulle ali dell'innovazione digitale della sanità.

Top Doctors, la piattaforma online che seleziona e mette a disposizione degli utenti i medici specialisti più quotati al mondo, sbarca a Riad, dove aprirà un nuovo centro operativo.

Un salto non comune per una giovane azienda tecnologica europea, in particolare dell'Europa meridionale. Top Doctors nasce nel 2013 a Barcellona, e nel suo DNA c'è anche un po' di Italia: il fondatore, presidente e attuale ceo, Alberto E. Porciani, è infatti un italiano 'trapiantato' in Spagna fin dall'Erasmus. Qui ha dato vita ad uno strumento online che avvicina i pazienti ai migliori specialisti selezionati, anche con le valutazioni dei pazienti.

## INFORMAZIONI AFFIDABILI

«Un'intuizione piuttosto semplice - spiega Porciani - prima o poi tutti noi purtroppo ci troviamo ad affrontare dei problemi di salute più o meno gravi e, in quel momento, vogliamo poter contare sul miglior specialista possibile. In un panorama della medicina iperspecializzato, trovarlo non è semplice. Quindi ci affidiamo a internet, dove però non è sempre scontato trovare fonti affidabili. I nostri medici rappresentano invece davvero l'eccellenza perché possono accedere alla nostra piattaforma solo dopo aver superato

un rigoroso processo di selezione svolto in collaborazione con Adecco Medical & Science».

Un servizio in linea con le aspettative dei 'clienti' nell'era della digital reputation: solo nel nostro paese 9 pazienti su 10 si informano online sull'affidabilità dei medici. Una domanda che l'azienda fa collimare con un'offerta adeguata: sono infatti già oltre 70.000 i professionisti che si sono affidati a Top Doctors per gestire la propria reputazione online. In Italia, dove TopDoctors è sbarcata nel 2013, gli specialisti iscritti al servizio attualmente sono oltre 2.100.

Globalmente oltre 20 milioni di persone si sono servite del network per la scelta di un medico in tre continenti e 8 paesi, conquistati anche grazie al forte focus sulla tecnologia, dalle chat medico-paziente istantanee, al sistema di videoconferenza e di valutazione dei sintomi.

## SAUDI VISION 2030

Nella penisola araba, Top Doctors potrà contare sull'assistenza di un partner dell'Area: Golden Logic, advisor tecnologico che si sta occupando della digitalizzazione della sanità saudita e di quella degli altri paesi che compongono il Consiglio di Cooperazione del Golfo. E che metterà a disposizione di Top Doctors la propria società tecnologica specializzata nel comparto, DCC - Distinctive Care Company for Information Technology. Un'occasione: l'Arabia Saudita si trova infatti attualmente in fase di sviluppo di nuove infrastrutture digitali nell'ambito del piano di trasformazione na-

zionale "Saudi Vision 2030" che, tra le altre aree, cerca di rafforzare e digitalizzare il settore sanitario per migliorare la qualità della vita dei cittadini. «Questa possibilità - dice Porciani - ci ha offerto di far parte del piano nazionale di digitalizzazione della regione. Un onore e una grande opportunità per aiutare i governi locali a rafforzare il loro sistema sanitario».

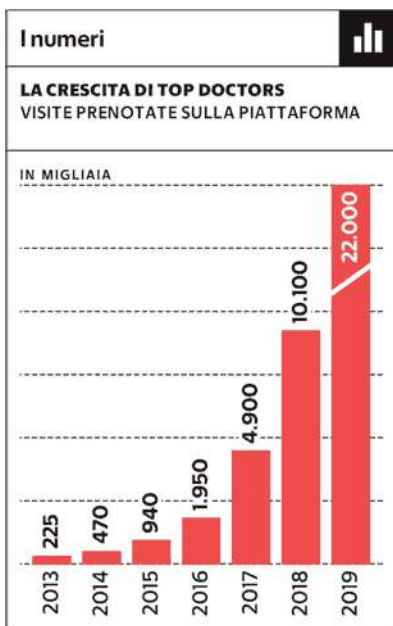
Per raggiungere l'obiettivo, Top Doctors investirà 1,3 milioni di dollari in questo importante progetto, che prevede accordi con diversi gruppi ospedalieri stranieri e locali, formazione di dottori in digitalizzazione e telemedicina. Oltre a contribuire al miglioramento delle infrastrutture sanitarie, la piattaforma offrirà informazione e aiuterà i pazienti che desiderano o hanno bisogno di essere curati fuori dal Paese, consentendo anche a loro di accedere ai migliori medici che operano in Europa e America.

«La chiave del processo di digitalizzazione del settore sanitario - spiega ancora Porciani - sta nell'offrire al paziente un accesso sicuro e di qualità alla medicina, che gli dia la tranquillità necessaria per prendere decisioni riguardo alla propria salute. Questo è il nostro obiettivo principale e il nostro contributo ai sistemi sanitari di tutti quei Paesi che vogliono unirsi alla sfida della sanità elettronica».

La spagnola Top Doctors, fondata e guidata a Barcellona da un italiano, ha fatto una piattaforma online per mettere in contatto i pazienti con un network mondiale di specialisti. Contratto in Arabia



Peso:51%



L'interno di uno degli studi medici italiani associati alla piattaforma Top Doctors



**Alberto Porciani**  
ceo di Top Doctors



Peso: 51%

## SALVATAGGIO

# Sanità, un Albo extra large con il recupero di 20mila tecnici

Il maxi Ordine che raccoglie 17 professioni sanitarie ed è in via di formazione apre anche a chi, pur avendo titoli formativi inadeguati perché conseguiti tempo fa, può comunque vantare nell'ultimo decennio un'esperienza lavorativa, anche non continuativa, di almeno tre anni. Lo prevede un decreto del ministero della Salute, che istituisce all'interno del super Albo gli elenchi

speciali ad esaurimento, ai quali ci si potrà iscrivere entro il 31 dicembre. Lo stesso decreto allarga il perimetro ai massofisioterapisti, suscitando polemiche perché si tratta di attività che non ha le caratteristiche richieste a una professione sanitaria. Anche in questo caso la soluzione sarebbe quella degli elenchi a esaurimento.

**Magnano** a pagina 13

## Ordini e categorie .professioni

**I tecnici della sanità**

All'interno dell'Albo istituiti elenchi speciali a esaurimento per ciascuna delle 17 categorie interessate. Sono riservati a chi ha lavorato almeno tre anni negli ultimi dieci - Le iscrizioni entro il 31 dicembre

# Il super Ordine apre a chi ha vecchi titoli formativi

Pagina a cura di  
**Rosanna Magnano**

**S**ono finalmente fuori dal limbo i circa 20mila professionisti sanitari che rischiavano di incorrere nel paradossale esercizio abusivo della loro stessa professione (e di essere licenziati, se dipendenti) perché in possesso di titoli formativi "datati" che oggi non consentono loro l'iscrizione obbligatoria a uno degli Albi del nuovo maxi-Ordine istituito con la legge Lorenzin (la 3/2018).

### Fuori dal limbo

Il "salvataggio" è arrivato con il decreto del ministero della Salute 9 agosto 2019 - che attua la legge di Bilancio 2019 ed è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 10 settembre scorso - con il quale vengono istituiti «presso gli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tec-

niche, della riabilitazione e della prevenzione» gli elenchi speciali ad esaurimento riservati a quei professionisti che già lavorano - si tratta in prevalenza tecnici di laboratorio, educatori professionali e tecnici della prevenzione - ma che sono impossibilitati ad accedere al nuovo super-Albo.

Gli interessati dovranno iscriversi entro il 31 dicembre 2019, ognuno secondo la propria professione sanitaria di riferimento, fatta salva la possibilità di avvalersi delle procedure per il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli del pregresso ordinamento alle lauree delle professioni sanitarie.

A chi è rivolto questo provvedimento? Potranno e dovranno iscriversi ai relativi elenchi speciali a esaurimento - il portale dell'Ordine è pronto dal primo ottobre scorso - coloro che svolgono o abbiano svolto un'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo per un periodo minimo di 36 mesi, anche non continuativi, negli ultimi dieci anni.

Per legge, l'iscrizione agli elenchi

speciali e quindi all'Ordine «non produce alcun effetto sulla posizione funzionale rivestita e sulle mansioni esercitate, in ragione del titolo, nei rapporti di lavoro già instaurati». E da un punto di vista professionale, non ci sarà alcuna distinzione tra iscritti al super-Albo e iscritti all'elenco speciale.

Data l'assoluta novità della cosa, restano da definire le modalità di partecipazione ad alcuni aspetti della vita ordinistica, per esempio l'elettorato attivo e passivo, che attualmente la norma lo riserva ai soli iscritti agli Albi.

### Non è una sanatoria



Peso: 1-3%, 13-33%

In ogni caso, non si tratta di una sanatoria, come sostenuto da chi si è opposto all'iniziativa dell'ex ministra della Salute, Giulia Grillo. «Sono professionisti – spiega il presidente del nuovo Ordine Alessandro Beux – che quando sono stati inseriti nel sistema sanitario avevano un titolo che gli consentiva di entrare in maniera regolare e trasparente, anche partecipando a concorsi pubblici. Poi è cambiata la normativa e ora non tutti hanno un titolo che gli permette di iscriversi all'Albo. E proprio perché sono entrati in modo regolare e trasparente non li si può allontanare. Anzi, se il Servizio sanitario nazionale garantisce un alto livello di prestazioni e assistenza lo si deve anche a questi professionisti».

Si è insomma verificato un mero problema formale, risolto con l'istituzione degli elenchi speciali ad

esaurimento. «Si tratta di professionisti d'esperienza – continua Beux – e il numero degli iscritti agli elenchi speciali andrà nel tempo a ridursi per l'arrivo dell'età pensionabile, ma anche perché, per esempio, alcuni di loro potrebbero decidere, quando saranno riaperti i bandi per il riconoscimento dell'equivalenza dei titoli, di partecipare. Quindi parlare di sanatoria è profondamente scorretto».

#### La strada dell'equivalenza

I bandi per l'equivalenza, come deciso dall'ultima conferenza dei servizi dello scorso settembre, saranno riaperti nei prossimi mesi, partendo dagli educatori professionali. «È volontà condivisa – chiarisce Beux – di avviare le procedure quanto prima, quando, in accordo col ministero della Salute e il Miur, le regioni e le province autonome

apriranno i bandi per il riconoscimento dell'equivalenza per gli educatori, che partiranno per primi perché sono gli unici che non hanno avuto questa possibilità nel 2012, quando è l'opportunità è stata data a tutti gli altri profili».

Intanto continua il popolamento del nuovo Albo e i professionisti sanitari procedono con le iscrizioni. Su 192mila operatori stimati nel 2018, appartenenti ai 17 profili da censire – dall'ortottista al logopedista, dal fisioterapista al podologo, dall'igienista dentale all'audiometrista – si sono registrati al portale dell'Ordine in 155mila e gli iscritti veri e propri, che hanno terminato la pratica, al 24 settembre sono 120mila.

#### Il cantiere degli ingressi

Le richieste di iscrizione al super Albo registrate sul portale dell'Ordine

	0	10	20	30	40	50	60	70
<b>Fisioterapista</b>	<b>61.309</b>							
<b>Tecnico sanitario di laboratorio biomedico</b>	22.688							
<b>Educatore professionale</b>	13.863							
<b>Logopedista</b>	11.378							
<b>Prevenzione ambiente e luoghi di lavoro</b>	9.346							
<b>Igienista dentale</b>	7.069							
<b>Neuro e psicomotricità dell'età evolutiva</b>	5.232							
<b>Dietista</b>	4.761							
<b>Tecnico audioprotesista</b>	3.744							
<b>Tecnico della riabilitazione psichiatrica</b>	2.709							
<b>Ortottista ed assistente di oftalmologia</b>	2.666							
<b>Tecnico ortopedico</b>	2.104							
<b>Terapista occupazionale</b>	2.045							
<b>Podologo</b>	1.916							
<b>Tecnico di neurofisiopatologia</b>	1.825							
<b>Fisiopatologia cardiocircolatoria</b>	1.282							
<b>Tecnico audiometrista</b>	900							
<b>TOTALE</b>	<b>154.837</b>							

Fonte: Federazione nazionale Ordini Tsrn-Pstrp (dati al 24 settembre 2019)



**Alessandro Beux.**

Il presidente del nuovo maxi Ordine che raccoglie 17 professioni sanitarie si prepara a gestire gli elenchi ad esaurimento per chi ha titoli obsoleti



Peso: 1-3%, 13-33%

**DATAROOM**

## I mammografi (tre su dieci) che non vedono i tumori al seno

di **Milena Gabanelli**  
e **Simona Ravizza**

«Il tumore al seno colpisce una donna su 11». E la prevenzione, recita l'appello del ministero della Salute, è la cura migliore. Nel 50% dei casi il tumore al seno viene «visto» quando è di dimensioni piccolissime, sotto al centimetro. Tuttavia

nei nostri ospedali tre apparecchi su dieci sono obsoleti e non consentono diagnosi precoci. L'84% dei mammografi analogici sono considerati pericolosi. Viaggio nelle strutture con il più alto rischio di re-intervento. a pagina 19

# Mammografi vecchi: i tumori non visti

NEI NOSTRI OSPEDALI TRE APPARECCHI SU DIECI SONO OBSOLETI  
E NON CONSENTONO AI MEDICI DI FARE DIAGNOSI PRECOCI  
ECCO LE STRUTTURE CON IL PIÙ ALTO RISCHIO DI REINTERVENTO

di **Milena Gabanelli**  
e **Simona Ravizza**

«Il tumore al seno colpisce una donna su undici. E nessuna vuole mettersi nei suoi panni. Ricordati, la prevenzione è sempre la cura migliore». È l'appello promosso dal ministero della Salute per sensibilizzare ai controlli contro il cancro della mammella che colpisce quasi 62 mila donne l'anno ed è il più diffuso (29% sul totale dei tumori femminili). Come sappiamo, a fare la differenza fra una possibile guarigione e un calvario è la diagnosi precoce. Le visite regolari sono quindi un nostro dovere, mentre l'utilizzo di apparecchiature non obsolete è un obbligo delle strutture sanitarie.

### Quando non si vedono le piccole lesioni

Oggi nel 50% dei casi il tumore al seno viene «visto» quando è di dimensioni piccolissime, sotto al centimetro. Lo strumento che lo scova è il mammografo. Nei 396 ospedali italiani ce ne sono di due tipi. Quello digitale di ultima generazione garantisce una definizione dell'immagine più precisa, una mi-

gliore capacità diagnostica e minor esposizione alle radiazioni. Nelle strutture italiane, come mostra un report del Centro studi di Confindustria sui dispositivi medici, ce ne sono 1.012.

Dallo stesso documento emerge che ce ne sono 865 ancora analogici di cui 18 con un'età inferiore ai 5 anni, altri 121 considerati obsoleti perché hanno fra i 5 e i 10 anni e 726 che superano i 10 anni. Ovvero l'84% dei mammografi analogici sono considerati pericolosi perché possono non «vedere» le



piccole lesioni. Per quel che riguarda i mammografi digitali solo 51 (2%) hanno più di 10 anni.

### **Rapporto del Ministero: mammografi troppo vecchi**

La considerazione che un mammografo con 10 anni e più di vita è troppo vecchio non la fa soltanto chi li produce (e che può avere interesse a venderne di più), ma proviene anche dallo stesso ministero della Salute. Il suo primo censimento sullo stato delle apparecchiature mediche risale al 2002 ed è il frutto del lavoro di due anni di una commissione formata da esperti dell'Associazione italiana di medicina nucleare e radiologia medica, che ha setacciato tutti gli ospedali italiani. La conclusione: «L'obsolescenza delle attrezzature disponibili è un elemento preoccupante. Il 23% dei mammografi censiti supera i 10 anni e il 44% ha oltre 8 anni di età».

### **Rischio: falsi negativi Le cure più invasive**

Continua il Ministero: «Si tratta di apparecchiature la cui utilizzazione, oltre a comportare un'indebita esposizione a quantità oggi non accettabili di radiazioni ionizzanti, rischia di aumentare notevolmente, per la ridotta capacità diagnostica, il numero di false negatività e soprattutto di ritardare il momento diagnostico con implicazioni negative sul piano prognostico per le pazienti, e con rilevanti costi successivi per il servizio sanitario nazionale». In altre parole: se ritardi la diagnosi, quindi l'intervento, diventano più lunghe e invasive le cure, oltre ad aumentare la probabilità di esito finale drammatico. Ed è lo stesso ministero della Salute che indica la necessità di sostituire questi macchinari.

### **Ultimo censimento: la situazione peggiora**

Nel censimento del 2017 i mammografi con più di 10 anni sono diventati il 29,3%. La stima, al contrario di quella di Confindustria, non tiene conto delle differenze tra i due tipi (analogici e digitali). In ogni caso, mettendo insieme le due statistiche, emerge che complessivamente l'obsolescenza dei mammografi nella migliore delle ipotesi è del 30%, che arriva al 40% nella peggiore. Ciò vuol dire: bassa redditività, maggiori costi di manutenzione, oltre al già citato rischio per la vita della paziente, un aumento di possibilità di un intervento chirurgico demolitivo anziché conservativo, e maggiore impatto sulla spesa sanitaria.

Ma quali sono le Regioni che non investono sul rinnovo dei macchinari e quali strutture è meglio evitare per la diagnostica? Questa informazione cruciale purtroppo il Ministero non la rivela. Sappiamo invece che il ministero della Salute rimborsa ai centri pubblici o convenzionati mediamente 40 euro per ogni mammografia: che lo strumento usato abbia 15 anni di vita o che sia di

ultima generazione. L'unica cosa che possono fare le pazienti, dunque, è informarsi pri-

ma di sottoporsi all'esame sul tipo di mammografo utilizzato e scegliere di conseguenza dove rivolgersi.

### **I tipi di intervento: demolitivo o conservativo**

Sapere dove rivolgersi è fondamentale anche per chi deve sottoporsi all'intervento

chirurgico che, come detto, può essere demolitivo (mastectomia, con l'asportazione totale del seno) o conservativo (con l'asportazione della parte del seno che contiene il tumore). La scelta della terapia è legata al tipo e allo stadio del carcinoma, alle condizioni cliniche e psicofisiche della paziente e alla sua età. Nel caso di intervento conservativo può seguire la radioterapia, mentre sia il trattamento conservativo sia il radicale possono essere eventualmente associati alla chemioterapia.

Succede, però, che su oltre 37.200 donne operate con interventi conservativi in un anno, in media 2.800 devono ritornare in sala operatoria entro 4 mesi perché il tumore non è stato asportato radicalmente. Anche se l'intervento non è particolarmente complesso rispetto ad altre procedure chirurgiche oncologiche (toracica o intraddominale), il successo dell'operazione è legato alla presenza di un'équipe multidisciplinare che integra le diverse competenze: radiologo chirurgo, patologo, radioterapista, oncologo, psicologo, genetista e riabilitatore.

### **Rischio di reintervento più alto: ecco l'elenco degli ospedali**

Il rischio di re-intervento è misurato statisticamente dal Piano nazionale esiti (Pne), elaborato annualmente dall'Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali). Nelle prime tre strutture in Italia per volume di interventi (Ieo, Humanitas e Istituto nazionale dei Tumori, tutti a Milano), questo rischio è rispettivamente del 3%, 5% e 6%. La media a livello nazionale invece è del 7,5%. I dati, appena pubblicati da Agenas, si riferiscono al 2017. In 45 strutture il rischio è significativamente superiore: fino a 5 volte rispetto alla media. È utile sapere quali sono, e qui i nomi sono disponibili. In cima alla classifica troviamo l'ospedale Salvini di Garbagnate (40%), l'Istituto clinico Città di Brescia (31%), e l'ospedale della Valcamonica (31,3%). A metà classifica anche il Campus biomedico di Roma (17%) e l'Istituto di Candiolo - Fondazione del Piemonte per l'oncologia (15%); verso il fondo, il Bellaria di Bologna (12%).

Può sembrare strano che tra le 45 strutture su cui c'è un alert ve ne siano molte di grandi dimensioni: in realtà ciò è dovuto al



Peso: 1-4%, 19-88%

fatto che qui viene effettuato un maggior numero di interventi conservativi, mentre la struttura con pochi interventi, in genere, effettua prevalentemente operazioni demolitive. L'elenco completo lo potete leggere nella versione online su Corriere.it.

Ricoveri per interventi chirurgici per tumore alla mammella nel 2017

61.797



**Rischio re-intervento** **Media 7,5%**

**Le prime 10 strutture dove il rischio è più elevato**

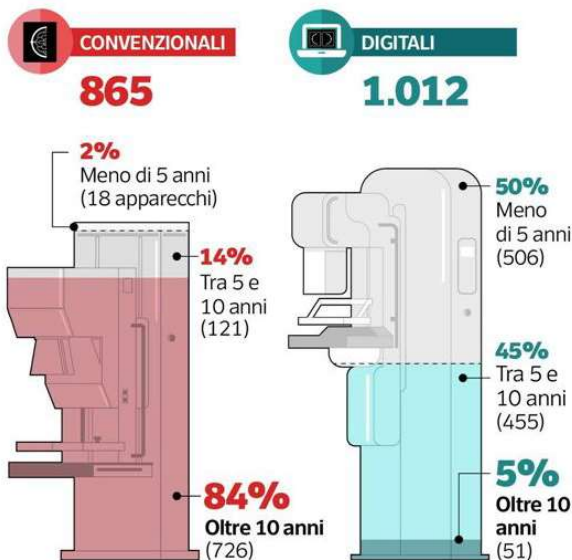
Ospedale G. Salvini - Garbagnate Milanese	40,85%
Istituto Clinico Città di Brescia	31,61%
Ospedale Valcamonica - Esine	31,3%
Casa di Cura Pederzoli - Peschiera del Garda	28,57%
Sede di Tolmezzo	28,52%
Sede di San Daniele del Friuli	28,34%
Ospedali Riuniti Val di Chiana - Montepulciano	27,96%
Policlinico Sassarese Spa - Sassari	27,5%
Ospedale San Carlo - Potenza	27,38%
Po «Latisana e Palmanova» - Latisana	26,31%



**C Su Corriere.it**  
Guarda il video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom, con gli approfondimenti di data journalism

**Mammografi troppo vecchi: i rischi**

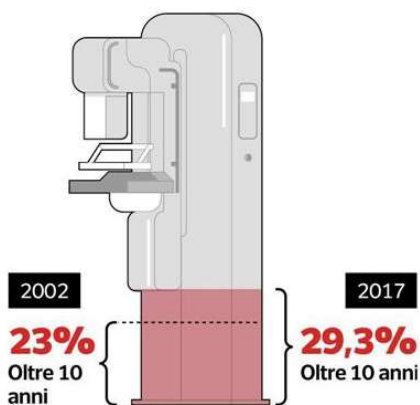
- Maggiori radiazioni
- Diagnosi tardiva
- Intervento demolitivo
- Cure più lunghe e rischio vita per la paziente
- Maggiore spesa sanitaria



Fonte: elaborazioni Centro Studi Confindustria Dispositivi Medici

**Il monitoraggio del Ministero**

Età dei mammografi in ospedali pubblici e strutture convenzionate



Fonte: Ministero della Salute



Peso:1-4%,19-88%

# La sanità Vaccini, nel Sannio copertura bassa peggio fa solo Napoli

## IL FOCUS

### Luella De Ciampis

Partirà presumibilmente per la fine di ottobre la campagna vaccinale antinfluenzale dell'Asl di Benevento, in vista di una sindrome, definita dagli esperti, particolarmente insidiosa. Secondo i dati ufficiali, in campo regionale, nella precedente stagione 2018/2019 si è raggiunto il 60,34%, di copertura, ma per quella attuale si punta al raggiungimento del 75%. Per la provincia di Benevento si è arrivati a una copertura del 60%, contro il 63% delle province di Avellino, Caserta e Salerno e una percentuale oscillante tra il 40 e il 63% registrato nella provincia di Napoli.

La campagna vaccinale dell'anno scorso è costata all'azienda sanitaria circa 500mila euro, destinati all'acquisto di 70mila dosi vaccinali. Negli anni scorsi, l'accesso al vaccino antinfluenzale ha subito una battuta d'arresto da parte degli utenti, a causa delle notizie sugli effetti collaterali a essi correlati, mentre, già nel 2018 è stata registrata una significativa inversione di marcia. Si è parlato dei rischi maggiori della sindrome influenzale di quest'anno, legati alle varianti del virus A, H3N2 e H1N1, ai quali si aggiungeranno i virus B/Colorado e B/Phuket che risalgono agli anni passati, e che faranno ammalare circa 6 milioni di italiani.

## LA SITUAZIONE

«Nel mese di agosto – spiega Luca Milano, medico di Medicina generale e vicepresidente dell'Omceo – tutti i medici di famiglia del territorio hanno comunicato all'Asl il fabbisogno necessario per vaccinare i pazienti over 65, e quelli affetti da patologie croniche, quali malattie respiratorie, metaboliche, renali, cardiovascolari, oncologiche, reumatiche, neurodegenerative e intestinali di comprovata gravità. Io personalmente, per esempio, ho chiesto circa 550 dosi vaccinali, ma comunque l'azienda sanitaria mostra grande disponibilità a concederme un numero maggiore, nel caso in cui se ne facesse ulteriore richiesta, qualora dovesse ravvisarsene necessità in corso d'opera. L'influenza di quest'anno, secondo quanto riportato da autorevoli fonti scientifiche, avrà un impatto abbastanza severo sulla popolazione. In quest'ottica, il medico di famiglia ha l'onere di contattare i pazienti singolarmente e di illustrare i motivi per cui è necessario vaccinarsi». «Non a caso – continua Milano – io parlo di "medico di famiglia", in quanto credo sia opportuno entrare nelle famiglie, per stabilire un rapporto realmente fiduciario. Sono un giovane medico, e ho scelto di girare per le case dei miei assistiti per assicurare le visite domiciliari laddove ce

ne sia necessità. Questo mi consente di capire anche quali farmaci posso prescrivere, sia in relazione al loro costo, che alle modalità di somministrazione». «In qualità di vicepresidente dell'Omceo – conclude il medico – esorto i miei colleghi a profondere sempre grande impegno nel convincere singolarmente i pazienti reticenti a vaccinarsi e, contestualmente, invito la popolazione del Sannio ad affidarsi al proprio medico di famiglia».

## L'INSEDIAMENTO

Stamattina presso la sede Asl di via Oderisio, sarà effettuato il passaggio di consegne da Franklin Picker, direttore generale uscente, alla guida dell'azienda sanitaria nel triennio dal 2016 al 2019, a Gennaro Volpe, che si insedierà ufficialmente. Volpe, classe 1963, direttore del dipartimento Assistenza primaria dell'Asl Napoli 1, riveste le cariche di consigliere dell'Omceo di Napoli con funzioni di tesoriere



Peso: 37%

dagli inizi del 2006 e di presidente nazionale della confederazione delle associazioni regionali di distretto. A salutare il nuovo digi, la sezione provinciale di Benevento Card (confederazione associazioni regionali di distretto): «La Card esprime compiacimento per la nomina a direttore generale dell'Asl del suo presidente nazionale, consapevole del fatto che, le sue doti pro-

fessionali e umane rappresentano una garanzia per i cittadini, per dipendenti e per i dirigenti che saranno al suo fianco per migliorare l'offerta sanitaria nel Sannio».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

►L'anno scorso era al 60 per cento. Adesso l'obiettivo è arrivare al 75

►La campagna antinfluenzale dell'Asl partirà alla fine di ottobre

**IL MEDICO DI FAMIGLIA:  
«BISOGNA CONVINCERE  
I PAZIENTI OVER 65  
E QUELLI AFFETTI DA  
PATOLOGIE CRONICHE  
A NON SOTTRARSI»**



Peso:37%

# Il nuovo presidio di Ponticelli Caos letti e reparti flop l'ospedale non decolla

## I NODI

### Ettore Mautone

Ospedale del mare, a distanza di due anni dall'attivazione dei primi posti letto e a 380 giorni dalla inaugurazione del pronto soccorso di primo livello avvenuta il 15 settembre dello scorso anno, il presidio di Napoli est è ancora a metà del guado con sale operatorie utilizzate solo per un terzo e diverse discipline incomplete per posti letto e personale.

Il decollo del dipartimento di emergenza urgenza completo per tutte le discipline al pari del Cardarelli richiede ancora molti mesi e si attuerà nel 2020. Attualmente le difficoltà maggiori si registrano nell'area della Chirurgia e della Medicina di urgenza, soprattutto a causa delle carenze di personale in organico. Nella struttura sanitaria di Ponticelli lavorano circa mille camici bianchi di tutti i profili compresi infermieri e operatori socio-sanitari a fronte dei 1500 previsti. Molte procedure concorsuali sono state condotte in porto ma altrettante sono ancora in fase di completamento.

### LE SALE OPERATORIE

Cominciamo dalla sale operatorie: su un blocco chirurgico che si compone di 14 sale una è attiva 24 ore su 24 per le urgenze, 3 funzionano in orario diurno (8-14) e altre 2 al pomeriggio (dalle 14 alle 20) per una media di cinque sedute operatorie al giorno (3 al mattino e due al pomeriggio) per un totale di 115 sedute ordinarie programmate nel mese di otto-

bre. Ciò limita la capacità clinica dell'ospedale che comunque lavora a scartamento ridotto in alcune discipline. Le carenze e disfunzioni delle routine operatorie agli inizi di settembre non hanno consentito l'uso del robot per un intervento programmato su un paziente residente a Milano.

### LA TESTIMONIANZA

«Ho ripreso solo da alcuni giorni le forze - dice D. G. 35 anni, ingegnere campano emigrato da qualche anno a Milano - avevo scoperto di essere affetto da una sospetta lesione neoplastica alla tiroide, dopo le prime visite a Milano e le prime indagini su quale potesse essere la migliore struttura specializzata per affrontare il mio caso, ho deciso di essere seguito a Napoli all'ospedale del

Mare, fiducioso delle nuove tecniche robotiche. L'intervento era programmato per lunedì 2 settembre alle ore 8. Dopo essere stato preparato ho atteso 5 ore e sono tornato in reparto per una disfunzione del blocco operatori. Alla fine, per evitare il rinvio di una settimana ho accettato di essere operato in maniera tradizionale nel pomeriggio perché mi fidavo dell'equipe operatoria. La tecnica tradizionale era l'unica possibile a causa dell'assenza del tecnico addetto alla robotica».

### IL PRONTO SOCCORSO

Per lavorare a pieno regime mancano medici e infermieri in pronto soccorso e medicina d'urgenza. Da attivare il percorso dei codici bianchi (che a Napoli est gode di uno spazio dedicato), ai Pellegrini gestiti da medici di guardia medica. Da definire anche in pronto soccorso i tempi di attesa

delle consulenze specialistiche dai reparti che condizionano fortemente i tempi di permanenza dei pazienti in Osservazione. Lo stesso vale per la riduzione dei tempi di malati che necessitano di ricovero. Malati, anche in gravi condizioni, in mancanza di ricettività dai reparti stazionano per giorni o anche settimane in Osservazione o Medicina d'urgenza.

### I REPARTI

Sono attivati complessivamente 258 posti letto a fronte dei 450 programmati. Nel 2018 l'ospedale del Mare ha fatto registrare 7.776 ricoveri di cui 80 per cento in regime ordinario. Nel 2019 sono saliti rispettivamente a 9.215 ricoveri di cui 76 per cento in regime ordinario. La complessità della casistica, valutata a partire dal peso medio dell'assistenza erogata per l'area medica è più o meno allineata con i valori nazionali di riferimento ma molti reparti mancano ancora all'appello. Il manager della Asl Ciro Vrdoliva rivendica il dato positivo dei parametri di intervento sulla frattura del femore entro le 48 ore dal ricovero (oltre il minimo del 60 per cento) e la costante crescita delle prestazioni di ele-



zione e di urgenza nell'ultimo anno. A gennaio 2020 saranno inoltre completati molti reparti. A conclusione del reclutamento di personale decolleranno ulteriori 10 posti in Medicina e Chirurgia d'urgenza, 3 posti in Neurologia, 8 in Chirurgia generale, ben 19 in Ortopedia e ulteriori 12 posti letto in Terapia intensiva. Sempre a gennaio andrà al decollo l'area stroke (con ulteriori 4 posti di

Neurologia, l'Unità spinale con 10 unità di degenza, la Neuroriabilitazione (16 posti previsti), la Gastroenterologia con 10 unità) la Chirurgia senologica e toracica, la Chirurgia plastica e Chirurgia maxillo facciale Oculistica e lo stone center di urologia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

► A due anni dall'apertura attive solo sei sale operatorie su 14    ► I posti per i pazienti sono 258 a fronte dei 450 programmati

**IL MANAGER  
VERDOLIVA:  
MA GRANDI PASSI  
IN AVANTI SUI TEMPI  
PER LE FRATTURE  
DEL FEMORE**



MANAGER Ciro Verdoliva



Peso: 50%

La Regione in campo dopo l'assist di Speranza. Ospedale del Mare, il flop di reparti e posti letto

# «Sanità, bilanci in ordine ora subito le assunzioni»

**Ettore Mautone**

**P**er Enrico Coscioni, consigliere del governatore De Luca per la sanità, il nodo commissariamento in Campania è superato «dopo sei anni di pareggio dei conti». «Ora - dice - si tratta di dare seguito a quelle che il ministro della Salute Roberto Speranza ha definito "corret-

te relazioni istituzionali" che trovano nel Patto per la salute la loro codifica finale». Intanto a due anni dall'apertura l'Ospedale del Mare funziona ancora a metà tra caos posti letto e reparti flop.

*Alle pagg. 16 e 17*

Coscioni, consigliere di De Luca: «Stop al commissario, il ministro acceleri»

## La sanità



L'intervista **Enrico Coscioni**

# «Via il commissario il ministro acceleri»

**Ettore Mautone**

Per Enrico Coscioni, consigliere del governatore Vincenzo De Luca per la sanità, il nodo commissariamento in Campania è pressoché superato: «Dopo sei anni di pareggio dei conti e soprattutto dopo il conseguimento di una valutazione preliminare che va oltre la sufficienza nel punteggio relativo ai livelli essenziali di assistenza». **Quando ridiscuterete con il nuovo ministro il superamento del regime commissariale?** «Siamo su un binario di risoluzione. Il nostro compito

come Regione, nel documentare i risultati raggiunti dal punto di vista contabile e assistenziale, lo abbiamo completato. I passaggi amministrativi e burocratici sono tutti definiti. Ora semmai si tratta di dare seguito a quelle che giustamente il ministro della Salute Roberto Speranza, dal palco della Cgil in piazza del Plebiscito, ha definito "corrette relazioni istituzionali" che trovano nel Patto per la salute la loro codifica finale». **Cosa prevede il nuovo patto tra le Regioni?** «Il documento in sedici punti verrà presentato al ministro

domani e prevede di definire in quali casi scatta il commissariamento da parte del governo centrale e soprattutto con quali rinnovate modalità visto che la strada seguita negli ultimi dieci



Peso: 1-11%, 16-36%

anni si è rivelata fallimentare in alcuni casi rimasti fermi al punto di partenza».

#### La Campania?

«Da quando è commissario il governatore De Luca è stata l'unica a conseguire una netta inversione di marcia sui parametri assistenziali monitorati nei livelli di assistenza confermando i dati di bilancio. Non tutto è ancora a regime e ci allineeremo alle soluzioni proposte».

#### Quali soluzioni?

«Scontiamo un ritardo negli screening e nelle attività del territorio. Se esistono buone pratiche in altre Regioni è bene imitarle. In questo senso si profilano più affiancamenti su singoli nodi irrisolti che commissariamenti che riguarderanno casi particolari. Ciò ridarà al ministero anche un importante ruolo di regia e supervisione nella consapevolezza che tutte le Regioni possono avere singole difficoltà».

#### Quali le priorità su cui state lavorando nella conferenza delle Regioni?

«La carenza del personale è un nervo scoperto. Dobbiamo superare l'imbutto formativo che si

creerà con il conseguimento della laurea di tanti che hanno fatto ricorso al numero chiuso e concluso il ciclo di studi. Nei prossimi tre anni avremo 15-20 mila medici abilitati a fronte di 8 mila borse di studio e una grave carenza di specialisti in varie discipline».

#### Come si supera questa forbice?

«Occorre un piano straordinario per immettere nel servizio sanitario nazionale 10 mila camici bianchi fra abilitati e specializzandi che non hanno ancora concluso l'iter formativo. E chi vuole potrà restare in corsia fino a 70 anni, derogando all'età pensionabile. Prevediamo sia un pacchetto triennale di misure sia la revisione sistematica dei fabbisogni e della formazione e il reclutamento tramite concorsi di medici laureati specializzandi e non da assorbire in sovrannumero nelle scuole di specializzazione».

#### Concretamente, per evitare buchi nell'assistenza come si farà?

«Diventerà possibile arruolare medici anche con contratti di lavoro autonomo (tranne in alcune discipline, ndr) prevedendo deroghe su base volontaria all'orario di lavoro e

indennità per medici e infermieri disposti a esercitare in zone e servizi disagiati con la possibilità di contratti a tempo determinato di specializzazione e lavoro presso Asl e ospedali accreditati in raccordo con l'Università, oltre che reclutamenti per concorso di medici abilitati che seguiranno in sovrannumero le specializzazioni».

#### E l'accesso alle scuole di medicina?

«Anche quelle potranno essere riviste, la durata degli studi potrebbe essere ridotta da 6 a 5 anni ma serviranno risorse aggiuntive».

#### Non si rischia di dequalificare alcuni servizi?

«Fino al 1997 nel nostro sistema sanitario si entrava così e la mia generazione ha dato vita a capiscuola riconosciuti in tutte le discipline mediche e chirurgiche».

#### Come saranno fatte le selezioni in questi concorsi?

«Per colloquio, titoli, esami scritti e prove pratiche. Si valuterà l'attitudine a una determinata disciplina».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

► Il consigliere di De Luca per la salute: ► «La carenza di medici nervo scoperto  
conti in ordine e assistenza migliorata ora serve subito un piano per assumerli»

**PRONTI  
A IMITARE  
LE BUONE  
PRATICHE  
DI ALTRE  
REGIONI**

**TERRITORIO  
E SCREENING  
DOBBIAMO  
RECUPERARE  
ANCORA  
I RITARDI**



Peso: 1-11%, 16-36%



**CONSULENTE Enrico Coscioni**



Peso: 1-11%, 16-36%