



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



i focus del Mattino

Sanità, il lavoro extra costa 40 milioni all'anno

Pochi medici, pesa il mancato turn over

Le carenze dei medici in organico costano più di 40 milioni all'anno. A tanto ammonta la spesa per pagare in Campania il lavoro «extra» negli ospedali, negli ambulatori e negli altri servizi sanitari: 45 milioni nel 2014, 28 milioni in 9 mesi nel 2015. In calo, per effetto delle prime assunzioni, ma il totale è di oltre 73 milioni, in soli 21 mesi.

Medici, le carenze in organico costano oltre 40 milioni all'anno

Le spese in Campania per il lavoro extra. «Subito le assunzioni»

Maria Pirro

Le carenze dei medici in organico costano più di quaranta milioni all'anno. A tanto ammonta la spesa in Campania per pagare il lavoro «extra» negli ospedali, negli ambulatori e negli altri servizi sanitari: 45 milioni nel 2014, 28 milioni in 9 mesi nel 2015. In calo, per effetto delle prime assunzioni, ma il totale è di oltre 73 milioni, in soli 21 mesi, cui si aggiunge un'altra voce di bilancio che fa riferimento a cifre ancora più elevate: quella per il lavoro straordinario che è garantito anzitutto dal personale del comparto.

Ma già questi importi, e la ripartizione degli incarichi nel dettaglio (grafico in alto), sono un indicatore delle difficoltà per assicurare i servizi che si registrano nelle strutture sanitarie, dal 25 novembre, chiamate ad applicare le norme europee sui turni light. Le nuove regole impongono, infatti, di lavorare in corsia massimo 48 ore a settimana e riposarne 11, tra un turno e l'altro. Per le violazioni, sono previste sanzioni amministrative da 25 a 10mila euro e in casi particolari l'arresto, da due a quattro mesi. Rinunciare a queste prestazioni in regime di autoconvenzionamento significa, quindi, dover tagliare le attività, accorpare i reparti, sbarrare gli ambulatori, ridurre le ambulanze del 118 e rinviare interventi chirurgici. «Il caos di questi giorni è il risultato di tanti appelli inascoltati», interviene Flora Beneduce, medico e consigliere regionale che, in qualità di componente della commissione sanità, solleva il caso: «Ho chiesto da tempo di stabilizzare i precari e sbloccare i concorsi, ho denunciato più volte il vulnus

I disagi

Neonatologi insufficienti
Beneduce: caos in corsia dovuto agli appelli inascoltati

dovuto all'assenza del commissario ad acta (di nomina governativa). Facile prevedere quello che sarebbe accaduto: non la profezia di una Cassandra, ma una traiettoria impressa e imposta da cinque mesi di inattività», accusa. «L'intersindacale ha diffidato il governo ad aggirare il problema con soluzioni-tampone e ha sollecitato un piano di assunzioni finalizzato a garantire almeno gli attuali livelli di assistenza», dice Vittorio Russo, presidente dell'Anpo (la sigla dei primari).

Da dicembre rischiano di saltare 6000 interventi chirurgici, in tutta la regione, secondo una stima del sindacato Aaroi che con il suo presidente regionale Giuseppe Galano avvisa: «Potrebbe addirittura chiudere l'ospedale di Sapri, dove sono in servizio soltanto quattro anestesisti. E un'ambulanza si è già dovuta fermare alla Asl di Napoli». Vittoriano L'Abbate, a nome dei colleghi, aggiunge: «Ogni presidio in città si sta adeguando come può per garantire almeno l'emergenza, ma ci sono reparti in cui è impossibile coprire tutte le guardie mediche. Agli Incurabili e al Loreto Mare, ad esempio: non bastano i neonatologi per l'assistenza al parto. All'Annunziata sono chiamati a coprire i turni di guardia anche i primari».

Per pagare ai medici il lavoro extra, in regime di autoconvenzionamento, l'Asl di Napoli ha speso 7,9 milioni, l'Asl di Salerno 16, il Ruggi 8,4. «Nei Policlinici le difficoltà sono altrettanto gravi perché i medici devono dedicarsi anche alla didattica e quindi è dimezzato il numero di ore che possono dedicare all'assistenza», dice il commissario straordinario Maurizio Di Mauro, alle prese con la riorganizzazione e quindi con l'acorpamento dei reparti.

Le misure d'emergenza scattano nei giorni in cui la Corte dei Conti inizia a tirare le somme dell'inchiesta sull'applicazione del decreto Balduzzi, datato 2012, e ipotizza un danno all'erario di oltre 10 milioni causato dalla mancata riforma. Acquisti gli atti in ospedali e Asl dalla Guardia di

Finanza: al vaglio, il numero di strutture complesse, il nome più tecnico per indicare i reparti, che avrebbero dovuto essere ridotti del 20 per cento in questi anni.

«Chiederò di essere sentito dal magistrato per spiegare la mia odissea», dice Rocco Granata, ex manager del Cardarelli, che afferma: «Io ho tentato di procedere alla riorganizzazione. Una prima volta, il mio provvedimento è stato impugnato dai sindacati e dalla stessa Regione che avrebbe dovuto autorizzarlo (via libera mai arrivato). Poi l'ho riscritto, su una base diversa, ma il piano è comunque rimasto inapplicato e non per mia volontà».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La Corte dei Conti
«Chiederò di essere sentito dal pm a proposito dell'inchiesta sulla riforma mancata», dice Rocco Granata, ex manager del Cardarelli

La spesa extra per i medici

	Asl Avellino	Asl Benevento	Asl Caserta	Asl Napoli 1	Asl Napoli 2	Asl Napoli 3	Ao Salerno	Ao Cardarelli	Ao Santobono	Ao Dei Colli	Aou Ruggi	Ao Moscato	Ao Rummo	Ao S. Sebastiano	Aou Sun	Aou Federico II	Ircs Pascale	TOTALE
AUTOCONVENZIONAMENTO 2014	2.592	17	-	7.967	45	472	16.155	1.588	1.566	341	8.418	2.248	483	2.270	507	397	41	45.107
AUTOCONVENZIONAMENTO III Trim. 2015	1.289	45	-	5.677	8	429	9.920	930	1.340	372	3.930	1.704	512	1.770	383	281	33	28.623

Fonte: Regione Campania, prospetti 2014 e 2015 (III trimestre) dei dati regionali e delle singole aziende sanitarie relativi all'autoconvenzionamento dei medici con le singole aziende. Il trend si presenta con una flessione del costo di circa 5-6 milioni di euro, su base annua, per effetto delle assunzioni operate a seguito dei primi provvedimenti di sblocco del turn over.

centimetri



L'anticorruzione

Università la lezione di Cantone

Barbara Landi

«Requisito fondamentale per la pubblica amministrazione è non avere funzionari sottoposti a condanna, neanche in primo grado, o a conflitti d'interesse»: è categorico Raffaele Cantone, presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione dal campus di Salerno. Preferisce però non replicare alla domanda sulla necessità di un eventuale passo indietro di De Luca. «Di questo non ho nessuna voglia di parlare», afferma. Tuttavia, è proprio sulla legge Severino che si concentra nel corso del convegno «Il patto per la legalità», promosso dall'Università di Salerno.

L'anticorruzione

Cantone: «No ai condannati negli enti pubblici»

Barbara Landi

«Requisito fondamentale per la pubblica amministrazione è non avere funzionari sottoposti a condanna, neanche in primo grado, o a conflitti d'interesse»: è categorico Raffaele Cantone, presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione dal campus di Salerno. Preferisce però non replicare alla domanda sulla necessità di un eventuale passo indietro del governatore Vincenzo De Luca. «Di questo non ho nessuna voglia di parlare», afferma.

Tuttavia, in tema di prevenzione alla corruzione, è proprio sulla legge Severino (che dichiarava l'incandidabilità e la sospensione dell'ex sindaco alla presidenza della regione) che si concentra nel corso del convegno «Il patto per la legalità», promosso dalle università di Salerno, Roma Luiss ed Urbino in sinergia con Confindustria e la Procura Nazionale Antimafia. «La lotta alle mafie e all'illegalità non può prescindere dall'impresa», insiste Cantone che con De Luca ha siglato il protocollo d'intesa per il monitoraggio degli appalti in Campania: «Ora aspettiamo i bandi in numero cospicuo per controllarli, in particolare per lo smaltimento dei rifiuti».

Ancora nessuna firma, invece, per la vigilanza controllata per la Soresa, la società regionale per la Sanità. «La corruzione non può essere affidata solo al momento repressivo penale - insiste Cantone - È un fenomeno difficile da far emergere, con una discrasia tra numeri reali e quelli registrati». La necessità, quindi, di mettere in campo diverse misure, sulla base dell'impianto organico introdotto proprio dalla Severino, dalla scelta dei funzionari alla dotazione da parte della pubblica amministrazione di un piano di prevenzione della corruzione, individuando e mappando i settori sensibili e predisponendo la rotazione delle funzioni di responsabilità, fino alla trasparenza.

È soprattutto l'assenza di condanne o di conflitti d'interesse per i soggetti pubblici che sottolinea il presidente Cantone. «È un contratto bilaterale - aggiunge - se c'è un corrotto c'è un corruttore». Inutili gli istituti come il rating della legalità o le white list per le aziende, «duplicati di certificazioni anti-

mafia» secondo Cantone, ma controlli annui a campione della guardia di finanza. «La corruzione viaggia su un binario parallelo alla criminalità organizzata - incalza Leonida Primicerio, sostituto procuratore nazionale Antimafia». Forse un giorno verrà scritta la storia vera della Terra dei fuochi, descritta come un fenomeno di camorra, mentre forse i Casalesi funzionavano come agenzia di un'impresoria corrotta del nord.

In favore dell'industria sana interviene Mauro Maccauro, presidente Confindustria Salerno: «La legalità è la precondizione dello sviluppo economico. Va ripensata l'azione di contrasto, individuando i patrimoni illeciti provenienti dal malaffare che inquinano, entrando nell'impresa privata come concorrenza sleale. Credo che la corruzione esista e continuerà ad esistere. Negli anni '80 l'estorsione era routine. Salerno è la più virtuosa in Campania e attrae capitali la cui genesi non è chiara».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Anticorruzione Raffaele Cantone guida l'Autorità nazionale

+

 *L'Ufficio parlamentare di Bilancio*

Il peso dei tagli (8 miliardi) alla sanità

di **Mario Sensini**

ROMA La crescita dell'economia italiana potrebbe accelerare nell'ultimo trimestre dell'anno e chiudere il 2015 con un più 0,8%. Lo sostiene l'Ufficio parlamentare di Bilancio, secondo il quale, però, ci sono rischi sulla tenuta dei conti pubblici. Un po' per le previsioni ottimistiche del governo, un po' per la debolezza della congiuntura internazionale, un po' anche per via delle regole Ue. «Se la richiesta di flessibilità italiana non venisse accolta» sostiene l'Upb in un rapporto diffuso ieri, «la deviazione dal percorso di aggiustamento del bilancio nel 2016 sarebbe pari a mezzo punto di pil, quindi a forte rischio di essere considerata "significativa" dalla Ue» e portare all'apertura di una procedura di infrazione.

Il Ministero dell'Economia, però, non crede a questo scenario così sfavorevole. I collaboratori del ministro Pier Carlo Padoan, ieri, hanno subito fatto notare come, dopo l'analisi della Commissione, l'Eurogruppo, cioè i ministri delle Finanze, abbiano già definito l'Italia «eligibile», quindi «idonea» a richiedere l'attivazione delle clausole di flessibilità sugli investimenti, le riforme e le spese sostenute per l'immigrazione.

Nel rapporto l'Upb sottolinea tra le altre cose, ed ancora una volta, la pesantezza dei tagli in vista sulla sanità. Secondo l'Autorità guidata da Giuseppe Pisauro, il peso della spesa sanitaria scenderà, secondo i dati del governo, dal 6,8 al 6,5% del prodotto interno lordo tra il 2015 ed il 2019. In cifre sono «almeno» otto miliardi di tagli sulla spesa per la salute, che si sommano a quelli già previsti in passato.

Ok al decreto sulle modalità di dispensazione dei medicinali in modalità elettronica

Sanità, la ricetta viaggia online Prescrizione utilizzabile su tutto il territorio nazionale

Pagina a cura
DI CINZIA DE STEFANIS

Dal 1° gennaio 2016 le ricette viaggeranno online. Addio alla ricetta rossa, sui vecchi foglietti che si consegnano al banco del farmacista. La ricetta elettronica avrà validità su tutto il territorio nazionale, quindi, i medicinali prescritti su ricetta farmaceutica elettronica a carico del servizio sanitario nazionale potranno essere ritirati presso qualsiasi farmacia pubblica e privata convenzionata con il Ssn (servizio sanitario nazionale). Queste novità sono contenute nel decreto del presidente del Consiglio dei ministri sulle prescrizioni farmaceutiche generate in formato elettronico, che ha ricevuto il via libera dalla conferenza unificata del 30 luglio scorso ed è stato firmato il 12 novembre scorso dal ministro della salute Beatrice Lorenzin. Il provvedimento è attuativo dell'articolo 13, comma 2 quater, del decreto legge 21 giugno 2013 convertito con modificazioni dalla legge 9 agosto 2013 n. 198.

Riscossione quota. La farmacia all'atto della dispensazione del medicinale, riscuote l'eventuale quota di partecipazione dell'assistito prevista dalla normativa vigente nella regione o nella provincia autonoma in cui la farmacia ha sede, anche con riferimento al regime di esenzione eventualmente indicato dal medico sulla ricetta. Spetta alle regioni e alle province autonome, in sede di esecuzione dei controlli finalizzati alla compensazione interregionale dei rimborsi delle ricette farmaceutiche in formato elettronico, verificare che le ricette siano state redatte nel rispetto delle regole inerenti la prescrizione dei medicinali vigenti nella residenza dell'assistito, con particolare e riguardo ai medicinali prescrivibili, alle caratteristiche del medico prescrittore, alle modalità dell'erogazione e alle condi-

zioni indicate nel piano terapeutico.

Cittadini residenti in ambiti regionali diversi. Sono oggetto di compensazione le ricette elettroniche contenenti l'identificazione dell'utente (nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, sesso, sigla Provincia e codice Asl di competenza dell'assistito). La farmacia che ha erogato medicinali prescritti su ricetta elettronica a cittadini residenti in ambiti regionali diversi da quelli in cui insiste la farmacia stessa, chiede il rimborso alla Asl competente. La regione o la provincia autonoma di residenza dell'assistito rimborsa il prezzo al pubblico del farmaco dispensato, al netto dello sconto previsto dalla normativa vigente all'atto della richiesta del rimborso e dell'eventuale ticket riscosso all'atto della dispensazione del farmaco. Resta nella disponibilità della regione o della provincia autonoma di erogazione della prestazione e non viene contabilizzata ai fini del calcolo del prezzo del rimborso, la quota di partecipazione alla spesa sanitaria versata dall'assistito.

Sanzioni disciplinari. L'inosservanza del passaggio delle prescrizioni mediche di farmaceutica e specialistica a carico del Ssn dal formato cartaceo al formato elettronico, costituisce per i medici inadempienti illecito disciplinare e, in caso di reiterazione, comporta l'applicazione della sanzione del licenziamento ovvero, per i medici in rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali, della decadenza dalla convenzione, in modo inderogabile dai contratti o accordi collettivi. Il medico, o la struttura sanitaria responsabile, inviano per via telematica la certificazione medica all'Inps tramite il sistema di accoglienza centrale (Sac), gestito dal ministero dell'economia. Tramite il Sac, il certificato viene inviato all'Inps, che mette immediatamente a disposizione

del datore di lavoro, pubblico o privato, l'attestato di malattia.

Invio telematico all'Inps. I datori di lavoro possono collegarsi direttamente al sito dell'Inps, grazie alle credenziali ricevute dallo stesso Istituto di previdenza, o l'Inps può inviare l'attestato di malattia al datore di lavoro nel caso in cui quest'ultimo gli abbia comunicato il proprio indirizzo di posta elettronica certificata. Il medico comunica inoltre al lavoratore il numero di protocollo del certificato trasmesso. Il lavoratore, solamente nel caso in cui sia richiesto, resta l'obbligo di comunicare al proprio datore di lavoro il numero di protocollo del certificato di malattia.

Mancanza di indicazione dell'esenzione nella ricetta. Se la ricetta dematerializzata non contiene l'esenzione il farmacista o il punto di prenotazione/accettazione deve suggerire all'assistito di recarsi dal medico prescrittore ai fini dell'emissione di una nuova ricetta dematerializzata o rossa riportante l'esenzione corretta.

Il medico prescrittore verifica puntualmente, mediante l'applicativo in uso, le esenzioni dell'assistito in anagrafe. In caso di esenzione non presente in anagrafe aziendale si suggerisce al cittadino di verificare la propria posizione presso la medicina di base dell'azienda di assistenza (o di residenza per le esenzioni per patologia), può inserire l'esenzione in cartella nella posizione anagrafica dell'assistito, nel caso in cui l'anagrafica non sia allineata con quella dell'azienda sanitaria o provvede all'annullamento della ricetta errata se il cittadino presenta l'attestazione dell'esenzione ed emette una ricetta dematerializzata o rossa con esenzione.

Sostituzione ricetta rossa. Quando il medico prescrive al proprio assistito un far-

Sanità Trasparenza e consulenze Ecco Asl e ospedali bocciati al Sud

DI RAFFAELE NESPOLI

Bandi di gara, bilanci, trasparenza, concorsi, rapporti con le strutture accreditate e liste di azienda: l'Agenas, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari, ha svolto un capillare monitoraggio su 240 aziende sanitarie. Dall'analisi è, dunque, emerso che molti ospedali del sud sono tra i dieci peggiori su adempimenti in fatto di trasparenza. Nella classifica al negativo ci sono l'Asl Napoli 1, quella di Salerno, poi ancora Cosenza e Castellana Grotte in Puglia.

A PAGINA II

I numeri

Le ultime 10 aziende negli adempimenti sulla trasparenza

Azienda	Regione	Criteri soddisfatti	% adempimento
AO SS. Antonio e Biagio Alessandria	Piemonte		
ASL Napoli 1 Centro	Campania	10	41,7%
ASL Salerno	Campania		
A.O. Cosenza	Calabria		
Istituto Nazionale Tumori IRCCS	Campania	9	37,5%
Fond. Pascale - Napoli			
A.O. Pediatrica Santobono	Campania	8	33,3%
Pausilipon - Napoli			
Asrem	Molise		
E.O. S. De Bellis Castellana Grotte (BA)	Puglia	7	29,2%
A.O. Bianchi Melacrino Morelli	Calabria	5	20,8%
Reggio Calabria			
A.O. San Filippo Neri - Roma	Lazio	3	12,5%

Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il caso Secondo l'agenzia dei servizi regionali il Meridione peggio del Nord

Ospedali Conti e trasparenza Maglia nera alla Campania

Dossier dell'Agenas: male Napoli 1, Salerno e il Pascale
Sono state bocciate anche alcune aziende pugliesi e calabresi

DI RAFFAELE NESPOLI

Nel Mezzogiorno i manager della sanità non sembrano avere un buon feeling con le norme previste in fatto di trasparenza e integrità. Lo si capisce dal primo rapporto dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) che a luglio di quest'anno ha preso in considerazione parametri quali la pubblicazione on line dei documenti di bilancio, bandi di gara e di concorso, rapporti con le strutture private accreditate e liste di attesa per 240 aziende sanitarie. Un dossier già sufficiente a tracciare un primo ritratto di quanto avviene in Italia, e il Sud non ne esce benissimo. L'istantanea della realtà monitorata da Agenas è tutta nella classifica delle 10 migliori e delle 10 peggiori aziende negli adempimenti sulla trasparenza.

Mentre nella top 10 virtuosa non compare alcuna regione del Sud Italia, al contrario tra le 10 peggiori su adempimenti in fatto di trasparenza il Mezzogiorno c'è e come. In particolare, in seconda e terza posizione c'è (la classifica è al negativo) c'è la Campania, rispettivamente con l'Asl Napoli 1 Centro e l'Asl di Salerno; in quarta posizione l'Azienda ospedaliera di Cosenza (Calabria). Peggio è andata al Pascale (Campania) e al Santobono Pausilipon (Campania), rispettivamente finiti al quinto e sesto posto. Sul podio delle aziende sanitarie meno inclini o meno capaci di adempiere alle norme sulla trasparenza, all'ottavo e nono posto, l'Agenas ha collocato la «S. De Bellis» - Ca-

stellana Grotte (Puglia) e l'Azienda ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli (Calabria). Questo quadro generale è ovviamente la somma di diversi indicatori (24 in tutto) presi in considerazione dall'Agenas. Le voci più rappresentative, come detto, riguardano la pubblicazione on line dei documenti di bilancio, bandi di gara e di concorso, rapporti con le strutture private accreditate. Partendo dai documenti di bilancio, sono stati presi in considerazione il bilancio di previsione 2014 e i bilanci preventivi e consultivi del 2013. A livello regionale i tassi di adempimento sulla pubblicazione del bilancio preventivo 2014 rivelano una realtà sconcertante, solo in 9 regioni (Valle D'Aosta, Trentino Alto Adige, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Basilicata) tutte le aziende sanitarie hanno pubblicato il documento di bilancio. Sicilia, Sardegna e Molise sono le regioni che presentano il più basso tasso di adempimento (rispettivamente 39%, 36% e 0%).

La Campania si aggira attorno al 55%. Non va molto meglio se si guarda alla trasparenza dei bandi di gara e di concorso. In questo caso il monitoraggio è stato effettuato verificando la disponibilità, nel sito web di ciascuna azienda, di due pagine: la pagina «Bandi di gara e contratti» relativa alle procedure per l'affidamento di opere pubbliche, servizi e forniture e la pagina «Bandi di concorso», relativa alle procedure per il reclutamento del personale. Anche in questo caso le regioni del Sud non sono esattamente ai primi posti.

In particolare Campania, Calabria e Puglia sono tra le peggiori al Sud, nel senso che nel confronto con Sicilia, Basilicata e Sardegna hanno fornito in misura decisamente inferiore documentazione pre e post gara. Il rapporto di Agenas prosegue poi prendendo in considerazione i bandi di concorso per il reclutamento del personale. Si scopre così che al Sud solo la Basilicata e la Sardegna hanno rispettato integralmente le prescrizioni in materia di trasparenza. Vale a dire che hanno pubblicato sul web link, requisiti ed esiti. E ancora una volta la Campania non brilla, secondo Agenas è la peggiore quanto a pubblicazione degli esiti, con un tasso che supera di poco il 50%. Va male un po' ovunque se si guarda a documenti tabellari riassuntivi relativi gli appalti. In generale, dal rapporto sulla trasparenza viene fuori il ritratto di un'Italia spaccata in due.

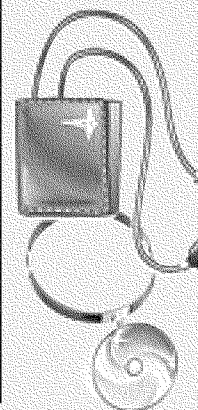
Ma ci sono delle eccezioni, ad esempio se si guarda alla trasparenza dei rapporti con il privato. Su base regionale, balza all'occhio come solo 3 regioni risultino adempienti al 100% su entrambi gli elementi rilevati. Per Agenas 7 regioni hanno pubblicato solo le liste delle strutture accreditate (al 100%), mentre due regioni (Marche e Molise) risultano totalmente carenti su entrambi i parametri. Rispetto alla pubblicazione delle liste dei soggetti accreditati al Sud sono adempienti al 100% Campania, Puglia, Basilicata e Sardegna, ma se si guarda poi alla pubblicazione degli accordi contrattuali proprio la Campania e la Puglia scivolano verso il basso con medie che si attestano ri-

spettivamente a poco più del 40 e del 30%. Tema particolarmente dolente per il Sud è invece quello delle liste d'attesa, non solo per le lunghe attese che spesso si registrano, ma a quanto pare anche per la scarsa informazione che viene data ai pazienti. In questo senso le regioni peggiori al Sud sono la Campania e la Calabria. In particolare la Campania mette a disposizione dei pazienti link relativi alle liste d'attesa nell'80% dei casi, ma solo in poco più del 60% con informazioni sulle prestazioni. C'è da dire che su questo tema c'è molto da fare in tutta Italia, visto che solo 10 regioni risultano totalmente adempienti quanto a predisposizione sui siti istituzionali di un'area riservata. Il dato scende a 7 regioni se si considera la presenza di informazioni inerenti alle singole tipologie di prestazioni. Nel complesso i risultati migliori si registrano in Emilia Romagna, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, mentre Molise, Campania e Calabria confermano le loro difficoltà a procedere sulla strada della trasparenza anche solo con gli adempimenti più formali.

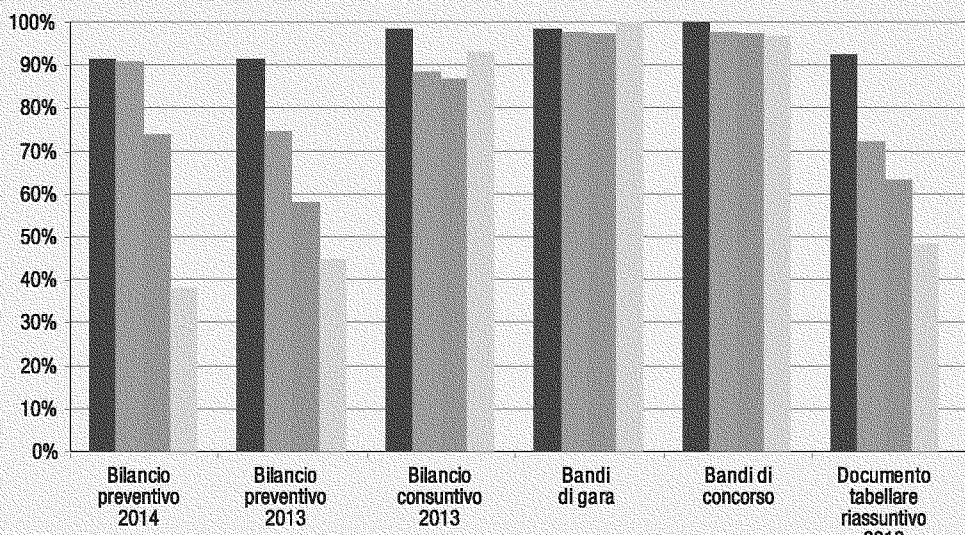
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le prime 10 aziende negli adempimenti sulla trasparenza

Azienda	Regione	Criteri soddisfatti	% adempimento
A.ULSS 1 Veneto Orientale	Veneto	24	100%
ASL Brescia ASL 4 Chiavarese A.O.U Parma A.USL Imola	Lombardia Liguria Emilia R. Emilia R.	23	95,8%
AAS N. 1 Triestina AAS N. 2 Bassa Friulana Isontina A.O.U. Modena A.USL Bologna A.USL Cesena	Friuli V.G. Friuli V.G. Emilia R. Emilia R. Emilia R.	22	91,7%

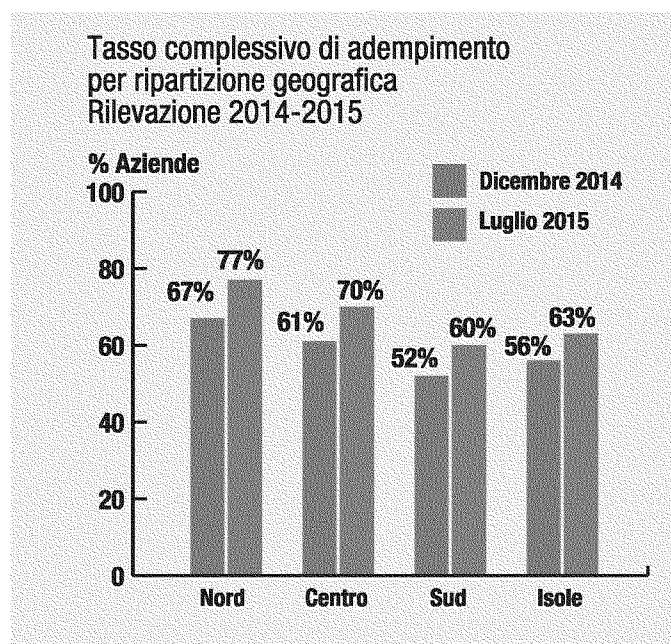
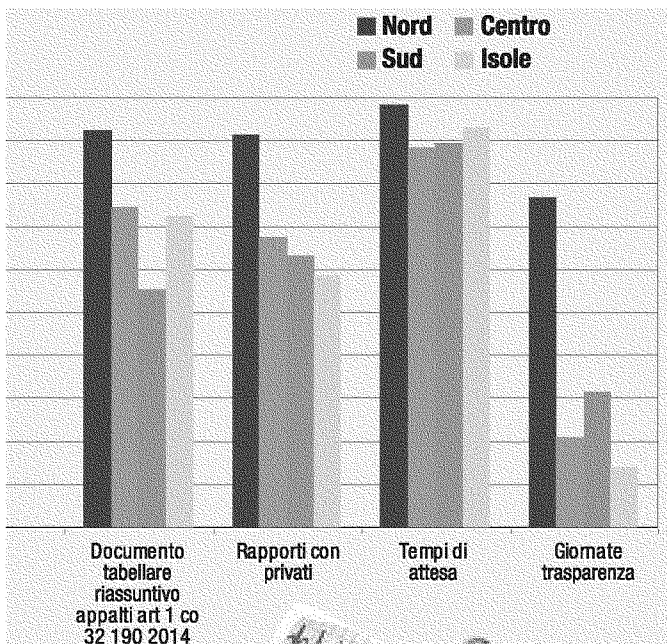
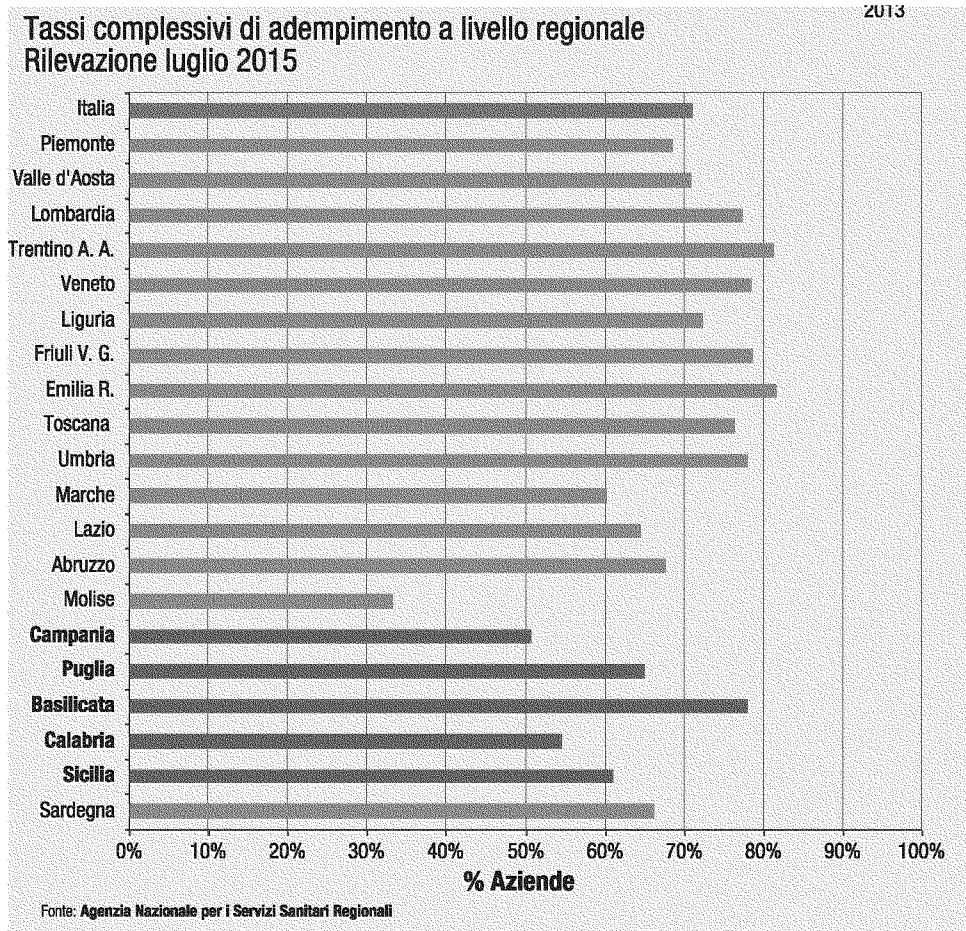


La trasparenza delle aziende sanitarie per ambiti informativi e ripartizione geografica - Rilevazione luglio 2015



Le ultime 10 aziende negli adempimenti sulla trasparenza

Azienda	Regione	Criteri soddisfatti	% adempimento
AO SS. Antonio e Biagio Alessandria ASL Napoli 1 Centro ASL Salerno A.O. Cosenza	Piemonte Campania Campania Calabria	10	41,7%
Istituto Nazionale Tumori IRCCS	Campania	9	37,5%
Fond. Pascale - Napoli A.O. Pediatrica Santobono Pausilipon - Napoli Asrem	Campania Campania Molise	8	33,3%
E.O. S. De Bellis Castellana Grotte (BA)	Puglia	7	29,2%
A.O. Bianchi Melacrino Morelli Reggio Calabria	Calabria	5	20,8%
A.O. San Filippo Neri - Roma	Lazio	3	12,5%



Zuccatelli, presidente dell'Agenas

«I dati parlano chiaro
Il Nord sta meglio
rispetto al Meridione»

Beppie Zuccatelli, presidente di Agenas, spiega: «Non vogliamo assolutamente favorire un clima di persecuzione. Non è questo il nostro intento. Ma rendere la massima trasparenza d'informazione. Parliamo di professionisti che devono gestire decine, se non centinaia, di milioni di euro di gare per acquisto di attrezzature e farmaci».

A PAGINA III



L'intervista «Gestiscono milioni di euro di gare pubbliche per l'acquisto di attrezzature e farmaci»

Zuccatelli: «Nessuna persecuzione Vogliamo garantire solo i servizi»

Il presidente dell'organismo: «Giusto sapere chi ha consulenze con i privati»

DI ANGELO AGRIPPA

«**S**e c'è un elemento da prendere in considerazione da questo rapporto è quello della modulistica che impegna ogni professionista alla massima trasparenza, fino a monitorare ogni rapporto di collaborazione con case farmaceutiche e aziende private. Ebbene, grazie a questo, oggi possiamo dire che non vi è area della Pubblica amministrazione più trasparente della Sanità». Beppe Zuccatelli, romagnolo, presidente di Agenas, ha una lunga esperienza anche come amministratore pubblico, oltre che come commissario governativo in Campania e in Abruzzo.

Zuccatelli, non ritiene che lo stato di sofferenza

della Sanità al Sud sia riflesso anche nella fotografia del dossier Agenas?

«È inevitabile, anche se abbiamo proceduto a realizzare due focus nel 2014 e uno a luglio di quest'anno e occorre dire che nei vari step abbiamo potuto registrare comunque una tendenza al miglioramento in tutte le regioni, a cominciare da quelle storicamente più in difficoltà. In questo senso, ritengo che le indicazioni che vengono fuori siano quantomeno incoraggianti per il futuro. Se non altro perché, ripeto, non vi sono aree della Pubblica amministrazione italiana monitorate e sorvegliate come e quanto la Sanità nazionale».

Lei ha fatto riferimento

ai documenti della modulistica. Bene, la trasparenza è un valore indiscutibile, ma non si rischia così di innescare un clima da caccia alle streghe, dato che talvolta i rapporti tra i medici e le aziende farmaceutiche sono dettati anche da esigenze di sperimentazione scientifica?

«Non vogliamo assolutamente favorire un clima di persecuzione. Non è questo il nostro intento. Ma rendere la massima trasparenza d'informazione. Parliamo di professionisti che devono gestire decine, se non centinaia, di milioni di euro di gare per acquisto di attrezzature e farmaci. Ebbene, è giusto sapere chi ha rapporti di collaborazione o di consulenza con le

aziende private. Il principio di cautela va a garanzia dello stesso medico che, se impegnato in un rapporto di collaborazione con una determinata struttura, evita di far parte di una commissione di gara. La Sanità vale 110 miliardi di euro, se togliamo la spesa per il personale, che incide per il 35 per cento, il resto è fatto di acquisti di materiali, beni e servizi di ogni genere».

Torna la discussione sul fondo di riparto che penalizzerebbe le regioni più giovani, e quindi soprattutto quelle meridionali, dato che l'applicazione del parametro dell'anzianità della popolazione resta prevalente nella distribuzione delle risorse pubbliche. Se non si cambiano i presupposti, come si può sperare in un rilancio della Sanità al Sud?

«Al di là della Liguria, che resta con un rapporto pro capite molto alto, le altre Regioni non sono così distanti. Sì, certo, si parla di 70, 80 milioni di differenza. Ma non è questo che rende una regione più o meno virtuosa».

E cos'è?

«Mentre in molte regioni

si sono sviluppati profili professionali dotati anche di spiccate capacità manageriali, nelle regioni del Mezzogiorno questi aspetti stentano ad affermarsi. Voglio dire: al di là della pervasività della politica, che resta un problema, molto spesso ciò che manca è il piglio organizzativo e la formazione aziendale. Le faccio un esempio: il reparto di chirurgia di un grande ospedale non può avere solo un primario, come si diceva una volta, che badi esclusivamente alle proprie capacità cliniche, ma ha evidentemente la necessità di organizzare al meglio il servizio, altrimenti anche le singole professionalità finiscono per risentirne».

Per lei, quindi, le risorse

finanziarie contano relativamente?

«Non dico che non conta, ma se il secchio è buco e non viene riparato, puoi riempirlo quanto vuoi, ma perderà sempre acqua. E se non c'è chi lo ripara, chi riorganizza con efficienza il servizio, si rischia di rimanere comunque in una condizione di sofferenza, anche se fai arrivare milioni su milioni di euro. Insomma, aumenta lo spreco, non l'efficienza».



In molte regioni si sono sviluppati profili professionali dotati anche di spiccate capacità manageriali, nelle regioni del Mezzogiorno questi aspetti stentano ad affermarsi

Beppe Zuccatelli è stato commissario governativo in Campania e in Abruzzo



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Qui Avellino

Ridotti gli interventi chirurgici in affanno anche l'oncologia

Al «Moscati» di Avellino il personale all'osso e le restrizioni di orario imporranno dalla prossima settimana la riduzione di prestazioni e gli interventi in sala operatoria. Emodinamica e cardiologia i reparti più penalizzati. Si prevede una riduzione di circa 6000 ore di lavoro agli anestesisti. Il manager Rosato ha avviato un tour di ricognizione reparto per reparto. E dopo una serie di incontri con i capireparto, entro lunedì, prenderà forma la riorganizzazione organica delle prestazioni. Una situazione complessa nel grande ospedale dove reparti trainanti e con pazienti anche da altre regioni come Oncologia diretta da Gridelli, sono in affanno. Difficoltà anche nell'altra eccellenza, il reparto di Oculistica diretto da Zeppa. L'obiettivo è conservare posti letto e tenere tutti i reparti aperti. «Dobbiamo resistere – spiega il direttore sanitario, Vincenzo Castaldo – e vedere che succede fino a dicembre. Il tutto, contando anche di

recuperare i lavoratori del Servizio di trasporto infermi ricoverati (tuttora in sciopero ndr) che, per l'inizio di dicembre, saranno riassunti dalla nuova società».

All'ospedale «S. Ottone Frangipane» di Ariano Irpino ci sono sicuramente reparti in affanno. A Radiologia c'è una grave carenza di personale; così come mancano unità lavorative a ortopedia e cardiologia. Sono in corso dei concorsi per primario di chirurgia e ortopedia, ma non c'è ancora una data per le nuove immissioni nell'organico. Ma non c'è rischio di accorpamento dei reparti; né di riduzione delle ore per le visite ambulatoriali. «Stiamo comunque rivedendo gli orari - spiega il direttore sanitario Oto Savino - solo in caso di nuovi pensionamenti si può ipotizzare l'accorpamento». Appare al momento stabile la situazione al «Criscuoli» di Sant'Angelo dei Lombardi.

gianni colucci

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Qui Caserta

Ortopedia e oculistica in crisi il rebus dei turni resta irrisolto

La resistenza della sanità casertana potrà durare ancora qualche giorno. Poi sarà paralisi in tutti gli ospedali della provincia. Ritardi e incertezze nell'applicazione delle nuove norme europee. E giovedì è in programma il vertice con il commissario dell'Asl Gaetano Danzi.

Mentre nell'azienda ospedaliera del capoluogo i turni di dicembre sono un rompicapo e si rischia di avere un solo chirurgo per turno, il resto della provincia soffre ancora di più. «Attuare la normativa significa avere un deficit di organico tra il 20 e il

30 per cento», spiega il direttore sanitario del «Moscati» di Aversa, Mario Borrelli, e aggiunge: «Abbiamo avuto rassicurazioni che entro poco più di un mese arriveranno rinforzi, solo così potremo impedire il blocco dell'assistenza». A Maddaloni si va verso la chiusura delle attività ambulatoriali per salvaguardare i reparti. I problemi più gravi si riscontrano in ortopedia, oculistica, chirurgia, radiologia e pronto soccorso. Già predisposta una rimodulazione dei turni. «A Marcianise - fa sapere il direttore

sanitario, Matteo Alberico - si profila un calo di interventi ma anche una drastica riduzione delle visite ambulatoriali». Paradosso a Piedimonte Matese, dove la chiusura del reparto di Urologia, da ormai tre anni, e di Patologia neonatale ha consentito di riorganizzare il personale in modo da assicurare i turni in base ai nuovi criteri. Al «San Rocco» di Sessa Aurunca «il problema si proporrà nei mesi estivi per l'aumento dell'utenza sul litorale domizio», sottolinea il ds Giuseppe Tatavitto. Super lavoro anche al «Melorio» di Santa Maria Capua Vetere, «per poter garantire i servizi di emergenza», spiega il ds Diego Colaccio. Qui a breve entreranno in funzione le nuove sale operatorie, con l'incubo di non poterle far funzionare.

lorenzo iuliano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

+

Il sindaco d'Ischia Giosi Ferrandino scrive a De Luca, all'assessorato ai Trasporti ed al presidente della V Commissione Regionale (Sanità e Sicurezza)

SOS ALLA REGIONE: rivedere il quadro orari per gli operatori della Sanità

Dopo un nuovo incontro con Valentina Grossi, il primo cittadino chiede una partenza in motonave da Pozzuoli per Ischia alle ore 7, la conferma del traghetto delle 19,25 via Procida per Napoli, ed uno scalo a Pozzuoli per la corsa Ischia-Napoli delle 20,15. Ma, in considerazione del fatto che l'isola è territorialmente disagiata, anche la possibilità di estendere ai lavoratori del comparto i benefici economici previsti dalle normative vigenti

DI GAETANO FERRANDINO

ISCHIA. Non si spengono ancora i riflettori (e questo è sempre un bene, se si considera come siamo messi) sulle vicende legate alle vie del mare sulle isole del Golfo, che ormai da tempo immemore mostrano una serie di impressionanti criticità che nella mattinata di giovedì sono state riassunte presso il centro direzionale di Napoli all'ing. Luca Cascone (presidente della IV Commissione Trasporti) dal mondo associazionistico e non solo dell'isola d'Ischia nel corso di un'audizione ad hoc che si spera possa portare ad un'inversione di tendenza tangibile ed a qualche miglioramento di un settore che presenta ancora troppe falle. Nella giornata di ieri a muoversi è



● — Giosi Ferrandino e presidente della Giunta Regionale Vincenzo De Luca

stato invece il sindaco d'Ischia Giosi Ferrandino, che ancora una volta quando si tratta di vestire panni "istituzionali" prende le redini in mano e sostituisce di fatto il reggente, ossia il suo vice Enzo Ferrandino. Il primo cittadino ha infatti indirizzato una nota all'assessorato ai Trasporti della Regione Campania (area di coordinamento Trasporti e Viabi-

lità), al presidente della V Commissione della Campania (Sanità e Sicurezza Sociale) ma anche alla Prefettura di Napoli ed al direttore sanitario dell'ospedale Rizzoli di Lacco Ameno, Valentino Grossi. L'oggetto è abbastanza esplicito: "Trasporti marittimi, richiesta rimodulazione. Quadro accosti nel Golfo di Napoli da e per l'isola d'Ischia in relazione alle esigenze del servizio sanitario a seguito dell'applicazione delle Direttive Europee in orario di lavoro a partire dal 25 novembre 2015". Nel mirino finisce la drammatica situazione con cui devono fare i conti - da pendolari - gli operatori del settore sanitario, costretti ad una serie di "acrobazie" che di fat-

to vanno a ripercuotersi anche sull'utenza isolana. Giosi Ferrandino esordisce così: "In riferimento all'oggetto, si fa seguito agli incontri svoltosi presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Anna Rizzoli, l'ultimo in data odierna, in rappresentanza di tutti i Sindaci dell'isola d'Ischia, relativi all'esame delle problematiche conseguenti all'applicazione, a partire dal 25.11.2015 delle disposizioni in materia di organizzazione del lavoro contenute nella Direttiva Europea recepita con D.lgs. n. 66/2003. Nel corso degli incontri è emersa la necessità, al fine di garantire l'effettività del Servizio Sanitario sull'isola, di richiedere con urgenza l'inserimento del Servizio



● — Valentina Grossi

prestato dagli operatori sanitari e personale medico sul territorio insulare come prestazione di lavoro effettuata in sede disagiata, come peraltro già previsto per il personale del Ministero dell'Interno facente parte del corpo dei Vigili del Fuoco giusto Piano di 'Distribuzione territoriale delle sedi Distaccate del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco con orario di lavoro differenziato' del 07.09.2012".

Insomma, il ragionamento è chiaro, ci sono tante categorie che si vedono rappresentato a livello di emolumenti il fatto di lavorare in determinate realtà territoriali, questo non può non accadere ad Ischia e nel settore sanitario. A tal proposito, non a caso, Giosi Ferrandino rappresenta anche ai destinatari della sua missiva "l'opportunità di prevedere, in sede di contrattazione di lavoro, la stessa indennità già accordata agli specialisti ambulatoriali operanti sull'isola, idonea a ristorare la condizione di disagio determinata dalla necessità per tutti gli operatori sanitari ed il personale medico dell'Ospedale Rizzoli di risiedere stabilmente sull'isola e/o di raggiungerla dal continente negli orari previsti dal piano accosti approvato dalla competente amministrazione regionale". Una penalizzazione evidente, un disagio notevole (che peraltro tutti i pendolari conoscono fin troppo bene, purtroppo) che non può non avere però il giusto riconoscimento soprattutto per chi non dimora sull'isola ma vi deve svolgere un'attività lavorativa come quella sanitaria, di assoluta importanza per la nostra comunità.

Ed è proprio per questo che il sindaco d'Ischia aggiunge che "all'uopo occorre rilevare che la modulazione del quadro accosti, per l'effettività del servizio sanitario e degli operatori addetti, debba prevedere almeno una partenza in motonave da Pozzuoli per Ischia alle ore 7.00 confermando un rientro con la motonave delle ore 19.25 via Procida per Napoli, nonché in riferimento alla corsa delle ore 20.15 da Ischia e diretta a Napoli, la previsione di uno scalo presso il Porto di Pozzuoli". Nel concludere la sua nota Giosi Ferrandino auspica "l'accoglimento di tutte le istanze emerse anche nel corso dell'ultimo incontro svolto presso la IV Commissione Consiliare permanente della Regione Campania con le categorie ed i rappresentanti delle Associazioni di cittadini interessati al problema della mobilità", lo stesso resta in attesa "di cortese rassicurazione, dichiarando la disponibilità del Comune di Ischia a partecipare ad ulteriori ed eventuali incontri sul tema nell'interesse della comunità rappresentata". La speranza è che stavolta da Palazzo Santa Lucia non facciano orecchie da mercante e che la lettera indirizzata non rimanga ancora una volta un pezzo di carta al quale non solo non si darà ascolto ma che non verrà nemmeno presa in considerazione. E' già successo troppe volte.

Qui Benevento

Il Rummo invoca una deroga per non accorpate i reparti

Già dalla mezzanotte del giorno 25 novembre l'Ospedale Rummo di Benevento e il Sant'Alfonso Maria De Liguori di Sant'Agata de' Goti si sono adeguati alla nuova normativa europea, che impone ai medici di lavorare al massimo per 12 ore e riposare per 11. «Tali condizioni lavorative potranno perdurare ancora per un tempo massimo che andrà da una settimana a dieci giorni – dice il commissario straordinario dell'Azienda Rummo, Giampiero Maria Berruti – sperando che, in questo lasso di tempo, il Governo ci conceda una deroga almeno per qualche mese, al fine di avere modo di organizzarci e perché siano create le condizioni per uno sblocco almeno parziale del turnover. C'è lo spettro dell'accorpamento dei reparti suggerito dal Governo che significherebbe un ritorno al passato». Il vero problema del Rummo, in merito al rispetto della normativa europea, è rappresentato dall'unità di pronto soccorso dove lavorano

medici dell'azienda in autoconvenzionamento e altri tre medici che provengono dall'Asl di Avellino, che però non potranno più effettuare l'attuale numero di ore, in quanto dovranno coprire le loro 36 ore settimanali presso l'Asl. Negli altri reparti invece i turni sono garantiti con maggiore regolarità, in quanto ci sono 40 giovani medici convenzionati che collaborano con il Rummo da poco meno di un decennio ad assicurare il normale avvicinarsi del personale di servizio. Se dovessero però accedere ai concorsi in altre regioni d'Italia e andare via, creerebbero un serio problema all'azienda ospedaliera. È diversa la situazione dell'ospedale di Sant'Agata dei Goti, struttura molto più piccola del Rummo di Benevento, che riesce a garantire la normale turnazione giornaliera senza imporre periodi di lavoro estenuanti al personale medico e infermieristico.

luella de ciampis

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ospedali al collasso, l'Sos: «Cure non garantite»

L'emergenza

Marco Di Bello

BATTIPAGLIA. Torna l'incubo della chiusura degli ospedali di Battipaglia e di Eboli, per carenza di personale.

Ieri mattina, al Santa Maria della Speranza e al Maria SS. Addolorata sono scattate le prime fibrillazioni. A sollevare la questione a Battipaglia è stato il candidato sindaco, Ugo Tozzi, medico rianimatore del nosocomio battipagliese, che ha spiegato il rischio. «Dal 25 novembre 2015 l'attuale comma 6-bis dell'articolo 17 viene abrogato - spiega Tozzi - la norma

consentiva particolari deroghe sui turni di riposo giornalieri». In tal modo, il personale sanitario avrà diritto a 11 ore di riposo ogni 24 ore di lavoro. Una vittoria per un verso, ma una sconfitta per i pazienti.

«I cittadini sappiano che avranno difficoltà ad accedere al pronto soccorso e a operarsi», conclude Tozzi.

Anche dall'ospedale di Eboli squillano sirene di pericolo. Ieri mattina, il sindaco di Eboli, Massimo Cariello, ha incontrato con i sindacati ospedalieri e il direttore sanitario, Mario Minervini, e il commissario dell'Asl Salerno, Antonio Postiglione. Dopo l'incontro, Cariello si è det-



Le proteste
Medici in allarme nei reparti di Eboli e di Battipaglia
Giordano (M5S) chiama il prefetto

to soddisfatto: «È stato proficuo, ma ha consentito di trovare l'intesa solo su una soluzione temporanea, per i limiti imposti recentemente».

Sul tema, il deputato del Movimento 5Stelle, Silvia Giordano, ha invitato il prefetto di Salerno a convocare il commissario Postiglione e il direttore generale dell'Azienda Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona, Viggiani. «I primi ospedali a rischio sono quelli di Battipaglia ed Eboli, entrambi con un organico di radiologi pari a due unità - ha spiegato la grillina - significa nessuna garanzia dei turni di notte e dei giorni festivi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CAOS OSPEDALI

Saranno eliminati i reparti "doppione"

Il piano allo studio del direttore sanitario del Ruggi per evitare di chiudere il pronto soccorso dei presidi distaccati

di **Marcella Cavaliere**

Chiudere di sera il pronto soccorso o chiudere i reparti doppione? Finalmente, dopo i disastri venuti a galla nell'azienda ospedaliera per ottemperare alla legge 161 sui tagli degli straordinari nella sanità, almeno una scelta ora c'è ed è quella definitiva. Il direttore generale dell'azienda Ruggi d'Aragona, Vincenzo **Viggiani**, di una cosa è certo e cioè preferisce accorpate i reparti dove sarà possibile, quindi chiudere i doppioni dei presidi di provincia (da Procida, Ravello, Cava, Sa Severino). Solo tra gli ospedali di Salerno, Cava e San Severino, l'azienda dispone di tre ginecologie e altrettante cardiologie, chirurgie e pediatrie. Poi in genere vi sono altri doppioni come, ad esempio, broncologia, urologia; fa eccezione medicina generale che è presente in tutti e quattro i presidi annessi al "Ruggi" ma è necessaria ovunque. Il dg non intende, dunque, toccare il pronto soccorso di provincia.

«Il manager dell'azienda Viggiani ritiene che dovranno rimanere aperti tutti 24 ore su 24 - dichiara il direttore sanitario Angelo **Gerbasio** - ma qualche sacrificio sui reparti bisognerà pur farlo». Dunque tra i due mali, i vertici sceglieranno quello considerato minore soprattutto dopo la ricognizione fatta sul numero di lavoratori che è a disposizione in ogni singolo reparto sia del Ruggi sia degli altri presidi ospedalieri. «Venerdì prossimo incontreremo i dipendenti e i sindacati - dice Gerbasio - In quell'occasione avremo idee più precise e potremo dire loro come intendiamo muoverci».

Il probabile criterio che in settimana sarà scelto per individuare quale ospedale dovrà "sacrificarsi", rinunciando a un reparto, sarà il numero di prestazioni effettuate a cavallo tra il 2014 e il 2015. In buona sostanza chi lavora meno sarà penalizzato. Chissà come la

prenderanno i primari dei reparti che ora sono a rischio. Ma i vertici dell'azienda sanno benissimo che le critiche, comunque si muoveranno, arriveranno in ogni caso.

Anche i sindacati, del resto, hanno chiesto, in occasione

degli accorpamenti dei doppioni, di non sacrificare i posti letto, e quindi di recuperarli spostando il numero di quelli tolti in un ospedale presso un'altra struttura. «Da lunedì prossimo ci saranno tavoli tecnici con i vari capo-dipartimenti dell'azienda, e in quell'occasione si lavorerà sulla base dell'atto aziendale, cioè del nuovo assetto organizzativo - puntualizza il direttore - Atto che è stato inviato già in Regione», che inevitabilmente dovrà esprimersi sugli accorpamenti dei presidi e sulla gestione delle varie problematiche. Ma si sta lavorando anche su altri fronti. «Pensiamo di effettuare, inoltre, modifiche sugli orari di lavoro, prevedendo

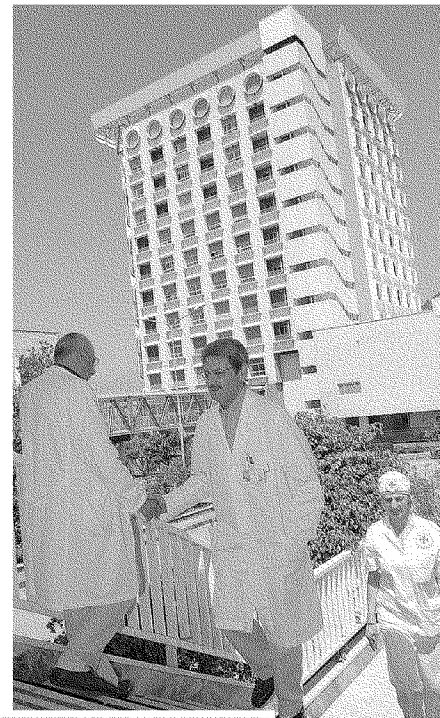
turni di 12 ore in modo che i dipendenti abbiano almeno 11 ore di riposo tra un turno e l'altro, così come prevede la legge 161 che risponde alle direttive europee». Poi ci sono altre due iniziative messe in campo dall'azienda ospedaliera per applicare la legge. Entro metà dicembre «assumeremo 50 unità, attingendo dalle graduatorie relative ai concorsi del 2012-2013. Saranno assunte figure specializzate come radiologi, tecnici, personale per medicina d'urgenza e altre». Per ora non si può dar corso all'assunzione di altre 72 unità, quelle che erano previste per il 2015, «ma - conclude Gerbasio - intanto ne abbiamo già fatto richiesta alla Regione, e



ANGELO GERBASIO

Pensiamo di effettuare modifiche all'orario di lavoro prevedendo turni di 12 ore per garantire lo spazio al riposo previsto per legge

ora dobbiamo solo aspettare che ci sia la risposta, ci auguriamo sia positiva». I dipendenti che dovrebbero arrivare non solo molti, visto che, secondo quanto riferiscono i sindacati, presso tutti i presidi complessivamente occorrerebbero almeno 400 unità. Ma è già qualcosa.



In basso, a sinistra, il direttore sanitario Angelo Gerbasio

La sanità Non solo i nuovi orari: la riforma dell'ex ministro Balduzzi determinerà tagli e accorpamenti nei nosocomi del Salernitano

Rivoluzione ospedali, ecco chi rischia di più

Battipaglia e Oliveto Citra perderanno l'autonomia
Eboli lotta per la salvezza

Simona Paolillo

Non è solo una questione di orari. La sicurezza e la qualità dei servizi sanitari non sono dettati solo dalla legge 161/2014, ma anche, forse soprattutto, dal decreto dell'ex ministro della salute, Renato Balduzzi. La Corte dei conti ha già avviato una serie di accertamenti nelle strutture sanitarie per capire se c'è o meno la riorganizzazione dei reparti in virtù di quanto predisposto dall'ex ministro. Il decreto si fonda su standard qualitativi e tecnologici cui devono rispondere le strutture sanitarie. Inoltre è previsto che le assicurazioni sui rischi siano a carico dei medici, perché è su di loro che ricade ogni responsabilità: ciò implica anche ricadute penali sui camici bianchi. Questo significa che se una struttura non risponde ai requisiti tecnologici e non sia dotata di standard qualitativi, il medico deve rifiutare di lavorarvi perché non potrà avere la copertura assicurativa. Il decreto impone poi una razionalizzazione delle risorse umane e strumentali, basata sui tempi di percorrenza da un ospedale all'altro e sul numero di abitanti che coincidono con l'utenza del nosocomio. Il tutto si traduce in chiusure e accorpamenti di reparti.

Il decreto ridimensiona gli ospedali poco utilizzati, ma punta anche a creare nuovi centri di eccellenza e a ridisegnare la rete di emergenza: impone dunque nuovi paletti e nuove regole che nel Salernitano si riflettono in tagli e chiusure. Gli ospedali di Cava de' Tirreni e Castiglione di Ravello per mancanza di personale e carenza di requisiti andrebbero chiusi. Mercato San Severino perde il pronto soccorso e diventa ospedale di base. A Scafati, le sale operatorie sono state già chiuse

dal pm, quindi andrebbero spostati anche gli anestesisti che prestano ancora servizio lì. Anche all'Umberto I di Nocera Inferiore si può prevedere facilmente una riorganizzazione del personale, giacché conserverà tutte le specialità che ha ora. Il Villa Malta di Sarno resta un ospedale di base con tutte le sue specialità. Situazione più difficile nell'area centro-sud della provincia. Qui si noteranno realmente le piccole rivoluzioni derivanti dalla normativa. Nella Valle del Sele si può facilmente immaginare la nascita di tre grandi poli specialistici tra Battipaglia, Eboli ed Oliveto Citra, che non potranno considerarsi più autonomi. In questo territorio si dovranno prevedere i reparti di chirurgia vascolare e neurochirurgia a discapito di Vallo della Lucania, visti i tempi di percorrenza e il maggior numero di abitanti. L'ospedale di Battipaglia potrà diventare un polo specialistico materno/infantile con chirurgia infantile, pediatria, ostetricia ma anche chirurgia generale. Conserverà il pronto soccorso oltre che la rianimazione e l'anestesia. Oliveto si caratterizzerà come polo chirurgico con ortopedia, urologia, chirurgia e anestesia e rianimazione. Eboli perde le sale operatorie, considerabili non a norma. Probabilmente con qualche piccola opera di manutenzione per adeguarsi agli standard si riuscirà a poter eseguire interventi di emodinamica, oculistica e otorinolaringoiatria. Eboli quindi punta a diventare un polo medico conservando un pronto soccorso di tipo medico. Solo così potrà scongiurare la chiusura definitiva. I

cambiamenti più notevoli si registreranno nella zona sud. Tra gli ospedali di Vallo e Sapri si dovrà decidere cosa chiudere, perché non potranno sussistere reparti doppi come chirurgia, ostetricia e le varie specialità. Anche Polla si trasforma in un ospedale di base ed è destinato a perdere i reparti di nefrologia e urologia.

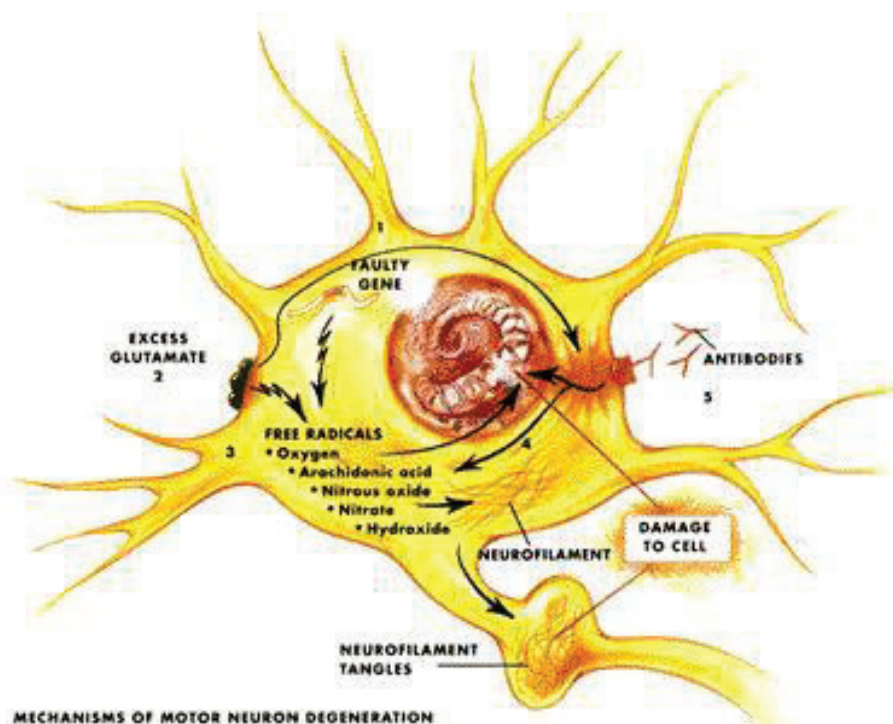
La scure
Reparti
doppione
a Vallo e Sapri
Scafati, via
gli anestesisti
San Severino
si ridimensiona





Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Che cos'è l'endocardite e come si cura

Lo specialista

Antibiotici o chirurgia per l'infiammazione del rivestimento interno del cuore

L'endocardite, cioè l'infiammazione dell'endocardio (*si veda box a lato*) è una malattia piuttosto rara (3-4 casi ogni 100 mila persone all'anno in Italia), ma molto pericolosa. Chi si ammala rischia infatti di non farcela nel 20-30% dei casi.

«La forma più comune è quella infettiva, che di solito coinvolge i lembi delle valvole del cuore, soprattutto *mitralica* e *aortica* — spiega Filippo Crea, professore di cardiologia all'Università Cattolica di Roma e direttore del Dipartimento di scienze cardiovascolari del Policlinico Gemelli —. L'endocardite infettiva si verifica quando microrganismi che provengono da altre parti dell'organismo penetrano nel sangue, raggiungono il cuore e riescono a insediarsi nell'endocardio, evento favorito da anomalie cardiache congenite (per esempio prolasso della mitrale) o acquisite. Il passaggio dei germi, di solito batteri, nel sangue può avvenire in particolari occasioni, per esempio interventi odontoiatrici, indagini endoscopiche intestinali o durante il posizionamento nel cuore di pacemaker o defibrillatori».

Quali sono le conseguenze dell'infezione?

«L'endocardite infettiva comporta lo sviluppo di una *vegetazione* costituita da piastrine e fibrina, adesa all'endocardio e sporgente in una cavità cardiaca. Ciò è un ottimo habitat per i microrganismi, che vi si possono moltiplicare in una situazione relativamente protetta dalle

difese immunitarie. Le vegetazioni cariche di germi possono danneggiare le valvole cardiache e il distacco di frammenti da questi "agglomerati" può creare emboli (e ostruire) vasi periferici a distanza. Non solo, il distacco di frammenti può disseminare l'infezione».

Quali sono i sintomi?

«Una febbre persistente, che passa e poi ritorna, soprattutto in chi ha subito la sostituzione di una valvola cardiaca o ha anomalie cardiache congenite. Altro indizio, insieme alla febbre, sono dolori alle grandi articolazioni che migrano da una all'altra. Possono esserci anche aumento della frequenza cardiaca e "soffi" prima assenti. A volte c'è un ingrandimento della milza, mentre oggi sono rare altre manifestazioni come la deformazione delle unghie a *vetrino di orologio* e le *petecchie* (piccoli punti rosso scuro grandi come una capocchia di spillo che non scompaiono con la pressione) che possono comparire ovunque sulla pelle, ma prediligono la parte anteriore e superiore del torace nonché palato, gola e congiuntive».

Quali esami servono?

«Le indagini più utili per la diagnosi sono l'esame colturale del sangue per evidenziare la presenza e il tipo di germi (i prelievi vanno fatti più volte a distanza di tempo e sempre prima di iniziare una terapia antibiotica) e l'ecocardiografia. Nei soggetti a basso rischio di endocardite un ecocardiogramma transtoracico non anomalo è sufficiente a escludere la diagnosi. Viceversa in individui ad alto rischio può rendersi necessaria un'ecocardiografia per via transesofagea, più sensibile nell'evidenziare le vegetazioni».

Che cosa si può fare?

«L'endocardite infettiva si cura innanzitutto con antibiotici, somministrati in quantità elevate per almeno un mese. In circa un terzo dei casi a questa terapia va abbinato un intervento chirurgico per rimuovere il tessuto infetto ed eventualmente posizionare una protesi valvolare. Comunque l'opportunità e il momento più adatto per intervenire chirurgicamente vanno attentamente valutati caso per caso, considerando con attenzione pro e contro».

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Filippo Crea

Direttore
Dipartimento
di scienze
cardiovascolari,
Policlinico
Gemelli,
Roma

La parola

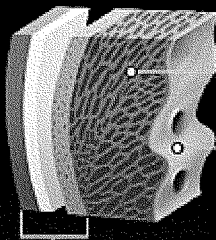
L'endocardio è la sottile lamina di tessuto che riveste internamente la cavità del cuore. È liscia, di aspetto bianco e si appoggia alla parete modellandosi su colonne muscolari, tendini e lembi valvolari. Ha uno spessore variabile da 50 a 500 millimetri. La lamina è formata da uno strato di cellule appiattite sotto la quale è presente un tessuto connettivo ricco di fibre elastiche



L'esperto risponde

alle domande
dei lettori
sulle patologie
del cuore
e dei vasi
all'indirizzo
forum.corriere.it/cardiologia

L'endocardite è un'infezione dell'endocardio, il sottile rivestimento delle pareti interne delle cavità cardiache. La forma più comune è quella infettiva che si localizza soprattutto a livello dei lembi delle valvole del cuore

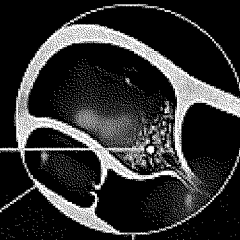


MIOCARDIO
Muscolo cardiaco

ENDOCARDIO
Sottile membrana che riveste internamente le cavità cardiache

PERICARDIO
Membrana a più strati che circonda il cuore

ENDOCARDITE



L'endocardite infettiva si instaura solo quando i microrganismi riescono a insediarsi nell'endocardio

L'endocardite infettiva comporta lo sviluppo di **vegetazioni**, escrescenze sulle valvole cardiache formate da piastrine e fibrina, dentro cui si annidano i batteri. Dalle vegetazioni possono staccarsi frammenti che, attraverso il sangue, sono in grado di diffondere l'infezione e creare emboli che vanno ad ostruire vasi periferici

ISEGNI E I SINTOMI

L'endocardite infettiva va sospettata in presenza di



Una febbre abbastanza elevata e persistente, che passa e poi ritorna, soprattutto in persone che hanno subito un intervento di sostituzione di una valvola cardiaca o presentano gravi cardiopatie congenite

Dolori articolari soprattutto alle grandi articolazioni

Deformazione delle unghie «a vetrino d'orologio», se l'endocardite infettiva dura sufficientemente a lungo

Petecchie
Piccoli punti rosso scuro delle dimensioni della capocchia di uno spillo che appaiono sulla pelle, negli occhi o dentro la bocca

Noduli di Osler
Piccoli rilievi dolenti, di colore rosso, sulla punta delle dita delle mani o dei piedi

Auscultando il cuore è possibile percepire **soffi cardiaci** di nuova insorgenza e **tachicardia**

questi e altri sintomi cutanei sono oggi diventati molto rari

LE CAUSE

- L'endocardite infettiva si verifica quando microrganismi, soprattutto batteri, che provengono da altre parti del corpo, come bocca, tonsille, naso, intestino, pelle, vie urinarie, entrano nella circolazione e raggiungono il cuore
- Il passaggio dei germi nel sangue è favorito da
 - Interventi odontoiatrici
 - L'uso di siringhe non sterili
 - Posizionamento di dispositivi intracardiaci (pacemaker o defibrillatore)
 - Indagini endoscopiche intestinali
- La fissazione dei microrganismi all'endocardio è favorita da anomalie cardiache acquisite o congenite (soprattutto prollasso della mitrale)

LE CURE

- Il trattamento di prima linea è a base di **antibiotici ad alto dosaggio** per 4-6 settimane. La guarigione avviene in oltre la metà dei casi
- Se questa terapia non è sufficiente, si considera l'**intervento chirurgico** per rimuovere il tessuto infetto e, talvolta, posizionare una protesi valvolare

LA DIAGNOSI

In prima battuta per confermare il sospetto di un'endocardite infettiva si ricorre a

Esami del sangue

Servono per ricercare i batteri nel sangue (emocultura), per evidenziare un aumento degli indici infiammatori (VES, PCR) o uno stato di anemia

Ecocardiogramma

Permette di individuare alterazioni delle valvole cardiache e le vegetazioni. In individui ad alto rischio può rendersi necessario un esame più sensibile, l'**ecocardiografia per via transesofagea**

L'ecocardiografia transesofagea attraverso gli ultrasuoni trasmessi da una sonda introdotta dalla bocca e avanzata delicatamente all'interno dell'esofago, permette una visualizzazione migliore delle strutture cardiache e delle vegetazioni



LA PREVENZIONE

Per prevenire lo sviluppo dell'endocardite infettiva nei pazienti a rischio (tra cui portatori di pacemaker, defibrillatori o di protesi valvolari o individui con cardiopatie congenite) si raccomanda una **terapia antibiotica prima di alcune procedure** ritenute più pericolose



Interventi di chirurgia odontoiatrica con manipolazioni gengivali o la perforazione della mucosa orale

Procedure invasive a livello di naso e bocca, bronchi e polmoni, apparato digerente e uro-genitale, in presenza di infezioni documentate (rimozione tonsille e/o adenoidi, broncoscopia, colonscopia, cistoscopia ecc)

Procedure chirurgiche che interessino la cute e i suoi annessi, i tessuti sottocutanei e l'apparato muscoloscheletrico, in presenza di un'infezione in atto

Demenze: lunghe attese e ancora pochi specialisti

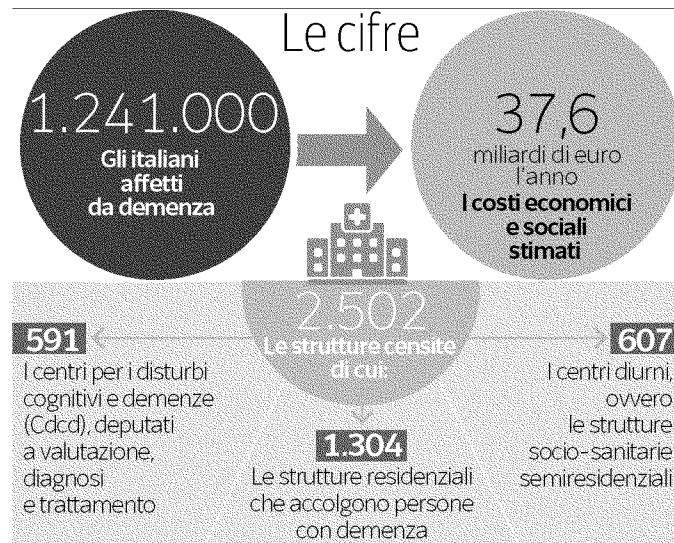
La situazione nei Centri censiti dall'Istituto Superiore di Sanità

Note dolenti

Servizi in molti casi aperti a orari ridotti in settimana; rari i percorsi di diagnosi, terapia e assistenza

Sono note dolenti quelle evidenziate dal censimento nazionale sulle strutture pubbliche o convenzionate deputate alla diagnosi e al trattamento di disturbi cognitivi e demenze, realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Oltre a individuare i centri disponibili sul territorio, l'indagine ha approfondito alcune loro caratteristiche. È così risultato che in un caso su 5, i Centri per la diagnosi e il trattamento di disturbi cognitivi e demenze (Cdcd) - previsti dal «Piano Nazionale Demenze» in vigore da gennaio - sono aperti



Fonte: Istituto Superiore di Sanità / CCM Ministero della Salute; Federazione Alzheimer Italia, 2015

CdS

solo un giorno alla settimana.

«È lo stesso dato registrato una decina di anni fa per le Unità di valutazione Alzheimer nell'ambito del progetto CRO-NOS — commenta Nicola Vanacore, ricercatore dell'Istituto

di Sanità — . In pochi centri, poi, sono stati attivati i percorsi assistenziali per i pazienti».

Dal censimento emerge, inoltre, che i neurologi sono presenti in 6 Cdcd su 10, i geriatri in 1 su 2, gli psichiatri in me-

no di 1 su 5. «Queste tre figure professionali dovrebbero essere presenti contemporaneamente in un centro deputato alla diagnosi di disturbi cognitivi e demenze — sottolinea Vanacore — . E dovrebbe esserci anche lo psicologo che, però, manca in 4 strutture su 10».

Riguardo ai Centri diurni poi, «quasi tutti offrono il servizio infermieristico — riferisce ancora il ricercatore — . Ma solo in 1 centro su 2 ci sono i terapisti occupazionali - addetti cioè alla riabilitazione delle funzioni cognitive - e gli assistenti sociali, che pure forniscono supporto ai pazienti e ai loro familiari».

Scarse, infine, le informazioni fornite dalle strutture residenziali: su 1.304 censite hanno risposto appena 269.

Di queste, solo 2 su 10 sono gestite direttamente dal servizio pubblico, le altre sono accreditate o in convenzione.

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Falsi miti

Alla sera, l'ultimo lavaggio non evita i danni da zuccheri

Non solo le caramelle, tutto quello che mangiamo influenza la salute dei denti: secondo la piramide odonto-alimentare della Sido bevande zuccherate, cibi acidi (come agrumi o aceto) e dolci favoriscono la carie in presenza di placca batterica. Fra gli alimenti "anticarie" ci sono frutta fresca, frutta secca a guscio, latte e formaggi stagionati che promuovono la crescita di batteri benefici. Gli zuccheri introdotti con la dieta, peraltro, tornano

sui denti anche un bel po' dopo aver mangiato, soprattutto se carboidrati e affini si portano in tavola a cena: «Di notte ci si crede protetti dall'ultimo lavaggio, invece la saliva riporta gli zuccheri nel cavo orale — osserva Giampietro Farronato di Sido —. Alla sera, quindi, è bene spazzolare i denti con particolare cura e usare magari dentifrici e collutori specifici antiplacca, facendosi consigliare dal dentista».

E. M.

La crisi economica ha fatto riemergere malattie dimenticate. Spesso oggi le famiglie sono costrette a rinunciare alla seduta di igiene o al controllo dal dentista, che dovrebbe essere almeno annuale. In realtà, intercettare subito i problemi e curarli al meglio consente di spendere molto meno

Tenere la **bocca sana** è un risparmio garantito

La «app»

Non sostituisce una visita e non è un test diagnostico, ma serve a capire se qualcosa non va nella bocca di grandi e piccini: messa a punto da SIDO, l'app "Tutor ortodontico", scaricabile gratuitamente su www.sido.it, guida in una serie di esercizi per "saggiare" se deglutizione, respirazione e fonazione funzionano bene (o ci sono difetti di cui è bene parlare al medico) mostrando diversi tipi di dentatura

U

85%

È la quota di italiani che fa a meno delle visite dal dentista per motivi economici, sul totale di chi rinuncia

na bocca in salute, con denti forti e dritti, gengive sane e mascella e mandibola che fanno il loro dovere senza intoppi.

Trovare nel nostro Paese qualcuno che risponda a questa descrizione comincia a diventare complicato, stando ai dati più recenti diffusi dai dentisti della Società Italiana di Ortodonzia (Sido), dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (Andi) e della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (Sidp). Circa metà degli italiani ha almeno una carie, 20 milioni di over 35 hanno gengive sanguinanti e arrossate che, se non curate, possono trasformarsi in una parodontite, un problema per

3 milioni di connazionali, che per colpa delle gengive infiammate rischiano pure di perdere uno o più denti.

Un mezzo disastro, che dipende in buona parte dalla scarsa attenzione per la prevenzione delle malattie della bocca, come spiega Gianfranco Prada presidente Andi: «La crisi economica ha fatto riemergere malattie dimenticate: tanti oggi rinviando la seduta di igiene o il controllo dal dentista, che dovrebbe essere almeno annuale: intercettare subito i problemi e curarli al meglio, fra l'altro, consente di risparmiare parecchio».

Le basi della prevenzione so-

no la giusta igiene e una buona struttura della bocca, come osserva il presidente di Sido Giampietro Farronato: «Una bocca con i denti dritti si tiene pulita più facilmente, ma la dentatura si può raddrizzare solo se la bocca è sana. Una struttura orale corretta non è secondaria, perché alterazioni non riconosciute e non curate possono provocare disturbi della deglutizione, della fonazione, della respirazione, e della masticazione».

Un palato stretto, per esempio, può far respirare con difficoltà e da adulti concorrere alla comparsa di apnee ostruttive, denti non ben allineati posso-

no provocare difetti di pronuncia, alterazioni dei rapporti fra mascella e mandibola possono modificare la postura e influenzare l'equilibrio generale dell'intero organismo.

Riconoscere e trattare le anomalie al momento giusto è essenziale: «Nei bimbi bisogna individuare che cosa incide sulla struttura orale, dal succhiamento ai traumi, da una masticazione *invertita* a un palato stretto, eliminando il problema prima che abbia ripercussioni a lungo termine — dice Farronato —. Se ci sono difetti che derivano da fattori genetici, come un accrescimento soprattutto in verticale o una mandibola grande o piccola, è bene intervenire a cavallo dell'età dello sviluppo per avere risultati duraturi».

La prevenzione passa poi da sigillature e fluoro, come sottolinea Prada: «Le sigillature riducono molto la probabilità di carie nei bambini, che non riescono a lavare i denti bene come gli adulti e potrebbero perciò essere a rischio sui molari, che hanno una superficie molto irregolare. «Coprire» i primi molari permanenti intorno ai 6 anni è molto utile anche se può essere evitato quando il dentista giudica che il bimbo sia a scarsissimo rischio di carie. Pure il fluoro può giovare, ma l'uso dei supplementi nei più piccoli deve essere valutato caso per caso: se la dieta include vegetali e l'acqua dell'area di residenza ha una buona percentuale di fluoro può non essere indispensabile ricorrere a pillole o gocce. L'integrazione poi è inutile per i grandicelli, che

abbiano iniziato a lavarsi i denti con un dentifrici fluorati».

A proposito di dentifrici, possono fare la differenza? «Conta di più quanto e come si lavano i denti — risponde Prada —. Certo è bene comprarli al fluoro, ma se non ci sono esigenze specifiche uno vale più o meno l'altro. Diverso è il caso di chi ha gengive o denti sensibili, che trova giovamento in prodotti specifici; nella scelta, però, meglio essere consigliati dal dentista. Anche i collutori non sono miracolosi: a parte quelli medicati, che servono in situazioni precise (*per esempio dopo un intervento chirurgico*



**Le conseguenze
Alterazioni non curate
possono provocare
disturbi importanti
di deglutizione,
linguaggio,
respirazione
e masticazione**

o in caso di infiammazione alle gengive, ndr) e devono quindi essere prescritti dal medico che indica pure tipo e modalità d'uso, tutti gli altri servono più che altro per accrescere la sensazione di pulito. Sono d'aiuto insomma, ma certo non servono quanto un buon spazzolino usato come si deve per mantenere i denti sani», conclude il dentista.

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La saliva protegge se la sua acidità è giusta

La saliva è l'alleata più preziosa per la salute della bocca. Contiene infatti sostanze antibatteriche e aiuta a ripristinare lo smalto aggredito dagli acidi, ma per essere pienamente efficiente deve avere un pH neutro, con valori fra 6.5 e 7.5. Il pH varia di continuo, a seconda del cibo che mangiamo, ma nel giro di un paio d'ore dal pasto in genere vengono ripristinati i valori normali; se non succede e il pH si sposta in maniera persistente verso un'acidità o una basicità eccessive denti e gengive sono più esposti a malattie. «Un bimbo con pH acido avrà lo smalto più attaccabile dai batteri e anche in assenza di altri

fattori di rischio per la carie, sarà opportuno fare le sigillature su tutti i molari», spiega Gianfranco Prada, presidente Andi. Il test del pH salivare è perciò fondamentale per capire se la bocca è più o meno a rischio carie e gengiviti: consiste in una cartina tornasole che a contatto con la saliva cambia colore a seconda del pH.

Se il pH sale e diventa basico, il calcio nella saliva tende a cristallizzare formando il tartaro, che favorisce le gengiviti. Un pH basso (acido) può indicare un'intensa attività della placca batterica che indebolisce lo smalto e può facilitare la carie.

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ortodonzia Antiestetico ma utile, la riscossa dell'apparecchio

Basta andare in una classe qualsiasi della scuola primaria: oggi non c'è quasi bimbo che non porti un apparecchio per i denti, fisso o mobile. Sono aumentati i problemi alla bocca o c'è la corsa agli apparecchi? Nessuna delle due, come spiega Giampietro Farronato presidente Sido: «C'è una maggiore attenzione da parte di dentisti e genitori e soprattutto una nuova consapevolezza dei danni che può provocare a livello generale un'alterazione della bocca che sia

stata trascurata nell'infanzia. Interventiamo infatti sempre più spesso anche sugli adulti, dove però i margini per il successo si assottigliano: non si può più agire sulla struttura ossea. Se invece le funzioni sono mantenute l'ortodonzia classica può allineare i denti, rendendoli per esempio più semplici da pulire; un intervento al momento giusto dello sviluppo però è sempre più semplice, meno costoso e più efficace in minor tempo».

E. M.

Linee guida

Il primo segno di solito sono le gengive arrossate, che sanguinano quando ci si lava i denti. Succede a 20 milioni di italiani con più di 35 anni ed è la prima avvisaglia di un'inflammation gengivale che, se non viene curata, diventa parodontite. Sono 3 milioni gli italiani che ne soffrono in forma grave, tanto da rischiare di perdere uno o più denti con costi per le terapie e i reimpianti che complessivamente sfiorano il miliardo di euro; eppure molti sottovalutano il problema, o non lo conoscono.

«Troppi credono che avere gengive sanguinanti sia normale o che non ci si possa fare niente — osserva Maurizio Tonetti, presidente della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia —. Talvolta il problema è superficiale, dovuto a igiene orale non ottimale, ma per tanti la diagnosi è parodontite, un'inflammation profonda provocata dai batteri della placca che entrano sotto alle gengive e distruggono l'ancoraggio che mantiene il dente ancorato all'osso».

La Sidp ha appena presentato le prime Linee guida internazionali su prevenzione, diagnosi e trattamento della parodontite e dal documento emerge la necessità di puntare soprattutto su un'igiene adeguata: «Per chi è a rischio di inflammation gengivale o già ne soffre bisogna allungare i tempi di lavaggio: servono almeno 4-5 minuti di spazzolino, preferibilmente elettrico perché rimuove meglio il film batterico — raccomanda Tonetti —. I colluttori antiplacca possono aiutare, ma devono essere prescritti dal dentista; inoltre, per pulire bene fra un dente e l'altro meglio lo scovolino del filo, se gli spazi lo consentono. Necessaria anche l'igiene professionale, a intervalli regolari indicati dal dentista; se il sanguinamento non passa però è bene non aspettare».

Se lavarsi bene i denti è fondamentale per chi ha le gengive infiammate, non lo è meno

in chi ha ancora la bocca sana e vuole prevenire guai.

Le regole sono semplici, come spiega Gianfranco Prada presidente dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani: «L'ideale sarebbe spazzolare i denti dopo ogni pasto, tre volte al giorno, passando il filo interdentale alla sera o, in alternativa, usando scovolini o il getto d'acqua dell'idropulsore per pulire bene fra dente e dente. Chi in pausa pranzo non riesce a lavare i denti può masticare per una decina di minuti una gomma senza zucchero, che esercita una detersione meccanica; non di più, altrimenti si rischia di stressare l'articolazione temporo-mandibolare. Lo spazzolino elettrico è più efficiente pure in chi non soffre di inflammation, ma se viene utilizzato in modo corretto va bene anche uno manuale con una testina piccola e setole non troppo dure né troppo morbide. L'importante è seguire sempre uno stesso schema nella pulizia per non dimenticarsi qualche zona e spazzolare con un movimento rotatorio che

Che cos'è

La parodontite è una inflammation profonda provocata dai batteri della placca, che entrano sotto alle gengive e distruggono l'ancoraggio che mantiene il dente ancorato all'osso

vada dalla gengiva verso la punta del dente; le superfici masticatorie si possono spazzolare orizzontalmente ed è bene non dimenticare di passare sulla lingua, per diminuire la carica batterica complessiva della bocca».

Essenziale scegliere il momento giusto per lo spazzolino, ricorda Giampietro Farronato presidente della Società Italiana di Ortodonzia: «I cibi acidi iniziano subito a intaccare lo smalto, ma nei primi 20 minuti dal pasto la saliva contribuisce a ricalcificare le aree lese; ai batteri servono invece 20-30 minuti prima di cominciare a "lavorare" sui residui di cibo. Morale, spazzolare i denti troppo presto può togliere l'effetto protettivo della saliva, nei primi minuti meglio semmai sciacquare la bocca con l'acqua; il momento perfetto per lavarsi i denti è 20-30 minuti dopo mangiato, per non dare modo ai batteri di fare danni e consentire allo smalto di recuperare dalle inevitabili "lesioni"».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Per saperne di più**

i siti delle associazioni
www.sido.it
www.andi.it
www.sidp.it

Gli sbiancanti vanno usati solo per periodi limitati

Avere denti bianchissimi per un sorriso da star del cinema. Un desiderio di tanti. Così non si contano i dentifrici sbiancanti e i kit "fai da te" reperibili in farmacia, cui si aggiunge una vasta scelta di trattamenti professionali dal dentista: considerando che i denti sono più delicati di quel che può sembrare a prima vista, siamo sicuri di non esporci a qualche rischio di troppo nella ricerca del sorriso splendente a tutti i costi?

«Chi vuole sbiancare i denti dovrebbe rivolgersi all'odontoiatra per un trattamento su misura che garantisca la massima efficacia con i minori rischi —

consiglia Gianfranco Prada, presidente Andi —. Detto ciò, i pericoli del "fai da te" sono diminuiti rispetto al passato, perché è stata ridotta la percentuale di agenti sbiancanti consentita nei prodotti acquistabili in farmacia o nella grande distribuzione».

Strisce e kit "fai da te" di varia natura oggi non possono contenere più dello 0,1% di perossido di idrogeno, lo sbiancante più utilizzato: lo ha stabilito il Regolamento dell'Unione Europea 344/2013, decretando anche che i prodotti con una concentrazione di perossido inferiore al 6%, che in passato si trovavano anche in libera vendita, richiedano ora un esame

clinico e un primo trattamento da parte del dentista.

«Gli sbiancanti fai da te vanno comunque sempre usati per un tempo limitato, nonostante oggi siano meno pericolosi — raccomanda Prada —. Vale anche per i dentifrici sbiancanti, che magari si possono utilizzare per due o tre mesi in estate così da avere un sorriso più candido nelle foto delle vacanze ma non con continuità: nella pasta infatti sono spesso contenuti eccipienti abrasivi come le polveri di silicio che, a lungo andare, potrebbero essere dannosi e indebolire la superficie dei denti».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le raccomandazioni

La prevenzione nei bambini

LE CIFRE

12%

Gli italiani che hanno rinunciato a una visita odontoiatrica (dato Istat 2013)

20 milioni

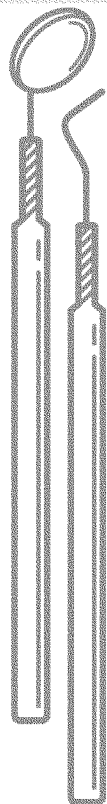
Gli italiani con più di 35 anni che soffrono di gengivite (gengive arrossate, dolenti, che sanguinano e lasciano in qualche caso un po' scoperti i denti)

3 milioni

Gli italiani che soffrono di parodontite grave, a rischio di perdere i denti

1 miliardo di €

La spesa complessiva in Italia per curare gli esiti di parodontiti gravi, al 90% evitabili con diagnosi e trattamenti precoci



SIGILLATURA

Che cosa è Con un materiale apposito si «copre» la superficie masticatoria dei molari, troppo irregolare per essere ben pulita dai più piccoli quando si lavano i denti

Quando farlo Vanno fatte in genere a partire dai 6 anni, quando emergono i primi molari definitivi; possono essere opportune anche sui denti da latte, su indicazione del dentista

Esentati solo se... Possono essere evitate solo se il dentista ritiene il bimbo a scarsissimo rischio carie

FLUORO

Che cosa è Il minerale serve a rafforzare lo smalto e protegge contro le carie

Quando farlo Si può dare come integratore in gocce o pastiglie ai bambini piccoli; non serve più dal momento in cui si iniziano a usare i dentifrici al fluoro

Esentati solo se... Quando l'alimentazione è varia e prevede le verdure e se l'acqua della zona di residenza è ricca di fluoro, il dentista può ritenere non necessaria l'integrazione

LE REGOLE PER TUTTI



Lavare i denti **dopo i pasti**, almeno **tre volte** al giorno



Lasciar passare **20-30 minuti**, dopo i pasti, prima di usare lo spazzolino



Spazzolare i denti per **almeno 3 minuti** (4-5 se si soffre di gengivite o parodontite)



Adottare uno **schema fisso** di spazzolamento per non dimenticare nessuna parte della bocca



I denti vanno puliti con un **movimento rotatorio** che parte dalla gengiva e va verso la punta, in orizzontale sulle superfici masticatorie



Il **filo interdentale** va utilizzato una volta al giorno, **alla sera**; in alternativa si può optare per il getto d'acqua di un idropulsore o per lo scovolino, che è la scelta più adeguata per chi soffre di gengivite

Fonte: SIDO, ANDI e SidP

C&S