



Sanità

Anno XX - n. 11
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
28 mar.-3 apr. 2017
www.24oresanita.com

Proposte al rialzo da Fnomceo e Ipasvi per l'anno accademico 2017-18: trattative in corso sulle professioni

Medici, fabbisogni sulla graticola

Medicina e chirurgia: richiesti 8.400 posti - Per infermieristica 18.516 nuove iscrizioni

Fervono le trattative tra ministero della Salute, Miur, Regioni e categorie sui fabbisogni formativi delle professioni sanitarie per l'anno accademico 2017-18 e sia per medici che per infermieri sono tutte al rialzo le proposte basate sul modello previsionale utilizzato già lo scorso anno nell'ambito del progetto Ue della «Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting». Per Medicina e chirurgia Fnomceo propone 8.400 accessi al corso di laurea. Un pugno di matricole in più rispetto allo scorso anno, con l'obiettivo di mantenere elevati standard di cura. Mentre l'Ipasvi segnala la necessità di 18.516 iscrizioni da parte di aspiranti infermieri. Calcoli legati al necessario potenziamento dell'assistenza sul territorio, delle cure domiciliari e della sfida cronicità. Sullo sfondo, per tutti, gli impatti dell'applicazione della direttiva Ue su orario di lavoro e riposi, che spingerebbe verso l'alto le stime sui fabbisogni presenti e futuri.

A PAG. 12-13

Pronto soccorso ricetta Fimeuc

A PAG. 14



STRATEGIE

Aids, ecco il piano 2017-19

Più prevenzione e diagnosi - Cruciale la comunicazione

Stanare il virus. È questa la parola d'ordine del nuovo Piano nazionale 2017-19 contro Hiv e Aids, inviato dal ministero della Salute alle Regioni. Tra gli obiettivi prioritari: ottenere l'incremento dei casi diagnosticati e mantenuti in cura fino a coprire il 90% dei casi; attivare un percorso diagnostico-terapeutico definito in

almeno l'80% dei Centri clinici deputati all'assistenza alle persone con Hiv/Aids; centrare il target di mantenimento di livelli bassi di viremia in più del 90% dei pazienti trattati; ridurre a meno del 5% la perdita di contatto, da parte dei centri clinici, con i pazienti seguiti.

GOBBI A PAG. 4-5

PROPOSTE&PROPOSTE

Una ministra ticket-free

Lorenzin: «Abbiamo tre strade, ma va sconfitta l'evasione»

La riforma della compartecipazione alla spesa rientra nell'agenda della politica sanitaria e già questa settimana potrebbe esserci un primo incontro, almeno un approccio sul tema, tra la ministra e gli assessori. Ma sarà una partita tutta in salita. Anche se Beatrice Lorenzin continua a premere sul tasto,

fino a ipotizzare l'abolizione tout-court dei ticket, con entrate da compensare con la spending review locale. Ma ci sarebbero altre due "strade", dice la ministra. Che sa bene però, e che infatti lo ammette: «Il problema sono gli evasori fiscali».

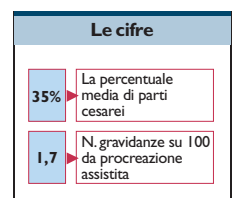
INTERVISTA A PAG. 5

RAPPORTO CEDAP

Parti d'Italia, tutti i numeri

Cartellino rosso sui cesarei: al 35% con punte del 53,6%

Sul ricorso al taglio cesareo l'Italia è sempre da cartellino rosso: l'ultimo rapporto Cedap pubblicato dal ministero della Salute (dati 2014) evidenzia un «ricorso eccessivo», pari in media al 35% dei casi ma con punte del 53,6%. La fotografia dei parti in Italia.



A PAG. 4

Meningite, vaccini anti bufale

Il boom mediatico sul fenomeno meningite che ha monopolizzato l'informazione nei mesi scorsi impone più che mai oggi una revisione delle strategie di comunicazione sulla salute. La Simit chiede un impegno condiviso tra istituzioni e media.

A PAG. 6-7

Il manager dei governatori

I punteggi, i curricula, i titoli formativi, la valutazione, i tempi per la verifica. E quella fatidica "rosa". Scusateli, s'erano tanto sbagliati. E non solo per quell'inezia - diciamo così - dello scavalco dell'Intesa costituzionalmente prevista. E sì, perché per l'Albo (e la scelta) di loro maestà (si fa per dire) manager della Sanità pubblica, il Governo deve ricominciare. O quasi. E lo stesso Albo (d'oro?) dei dg farà tappa a ottobre. Con tutti i cambiamenti del caso. Non che tre o sei o quanti siano i mesi in più, cambieranno di chissà quanto le sorti magnifiche e progressive del Ssn. Ma certo che l'infortunio della

doverosa modifica del primo schema di dlgs, andata in porto venerdì scorso in Consiglio dei ministri, la dice lunga. Dapprima perché l'infortunio Madaia-Lorenzin della prima ora di bypassare l'Intesa con i governatori, è stata qualcosa in più di una gaffe. E poi perché anche la prima proposta di correzione di qualche mese fa è andata al macero. Insomma, altro che manager col timbro della trasparenza. La trasparenza, per prima cosa costituzionale, va mostrata anzitutto da chi dice di volerla fare e pretendere. (r.t.u.)

VAZZA A PAG. 5

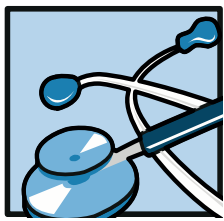
GUIDA ALLA LETTURA	
Primo piano	a pag. 2-3
Dal Governo	4-5
Dibattiti	6-7
Speciale	8-9
Aziende/Territorio	10-11
Lavoro/Professione	12-15
La Giurisprudenza	15

A PAG. 2-3
Assicurazioni
Out of pocket in crescita, il focus di Sda Bocconi sui modelli di cinque Paesi dell'Ue

A PAG. 8-9
Comparto
Dai trapianti alla gestione dei pazienti da remoto i tanti ruoli dei tecnici di cardiocirurgia

A PAG. 15
Cassazione
Certificati falsi per "aggirare" un processo: pena doppia al dottore imbrogliatore

Il Sole 24 ORE Sanità è anche una APP
Scaricala gratuitamente



TOUR DELLE PROFESSIONI/ Fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare

Il tecnico che fa la differenza

Un ruolo sempre più poliedrico tra cardiologia, trapianti e telemedicina

Siamo negli anni '60 quando la Circolazione extracorporea (Cec) approda in Italia, da oltre Oceano, con l'avvio dei programmi di Cardiocirurgia, non solo nei pazienti adulti ma anche nei pediatrici e nei trapianti (1980); da subito si comprende la complessità di queste procedure che evidenziano e necessitano di un sapere scientifico armonizzato tra la fisiologia, la fisica e la chimica ed è chiaro come, nella fase embrionale italiana, questa esperienza fosse pilotata da una figura medica e nello specifico dal cardiocirur-

go. Da qui il rapporto dicotomico tra chi opera e chi conduceva l'extracorporea, ossia un operatore che utilizzava delle tecniche altamente specialistiche atte a mantenere in vita il paziente arrestando il cuore, con l'ausilio della macchina cuore-polmoni, grazie alla precisa conoscenza delle procedure chirurgiche.

Occorrono 10 anni all'organizzazione dei percorsi formativi, perché si sviluppi anche in Italia una figura professionale dedicata: il Tecnico di cardiocirurgia (Dm 30/1988) a cui lo Stato riconosce fin da subito competenze avanzate correlate a questa attività, affidando all'Università la responsabilità della formazione con l'apertura nel 1973 della prima Scuola diretta a Fini speciali presso l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

In parallelo sempre intorno agli anni '60 si assiste alla nascita di un secondo sapere specifico legato alla cardiologia, dove giovani pionieri crescevano nei laboratori di emodinamica e di elettrofisiologia costituendo la figura del Tecnico di cardiologia (Dpr 14 ottobre 1970, n. 1475) e gettando le basi teoriche delle tecniche di elettrofisiologia e cardiostimolazione di oggi. Se questi due corpi cognitivi rappresentavano già singolarmente una novità nella sanità

Best practice/I

Il Tfcpc rappresenta la figura professionale che più si adatta alla verifica periodica dei parametri elettrici dei dispositivi impiantati e al monitoraggio del paziente portatore di device. Nella realtà lavorativa dell'Unità operativa complessa di Cardiologia dell'Ospedale "Mater Salus" di Legnago (Vr), il Tfcpc quotidianamente effettua l'accesso ai siti delle varie ditte produttrici di pacemaker e defibrillatori impiantabili, visionando le trasmissioni di allarme ed effettuando una prima scrematura di queste ultime. Le trasmissioni prive di problematiche particolari o già note vengono archiviate direttamente.

Al riscontro, invece, di trasmissioni con allarmi più significativi, il Tfcpc le sottopone alla visione del medico di riferimento con il quale pianifica la strategia di intervento più idonea. È doveroso, a

questo punto, citare alcuni casi pratici nei quali il monitoraggio remoto ha fatto la differenza. A metà giugno 2015 arriva alla nostra attenzione un allarme giallo di un paziente di 77 anni portatore di pacemaker bicamerale. Dalla visione della trasmissione, risulta che il paziente ha sviluppato fibrillazione atriale con un burden del 100% (dall'impianto del pacemaker, il paziente non ha mai presentato storia di fibrillazione atriale). Una volta contattato, il paziente si presenta asintomatico e non assume nessuna terapia anticoagulante. Il caso, quindi, viene sottoposto al medico elettrofisiologo che valuta il rischio cardio-embolico ed emorragico e decide di contattare il medico di medicina generale che segue il paziente per valutare l'inizio di terapia anticoagulante. Grazie al monitoraggio remoto, siamo stati in grado di

Il monitoraggio remoto dei pazienti con device

instaurare in tempi rapidi una terapia anticoagulante orale, altrimenti non ipotizzabile per l'asintomaticità del paziente, riducendo in maniera drastica il rischio che il paziente vada incontro a ictus cardioembolico.

Un altro caso significativo è quello di un paziente di 71 anni portatore di defibrillatore bicamerale. A fine dicembre 2015, arriva alla nostra attenzione un allarme giallo per un episodio classificato come fibrillazione ventricolare. Visionando il tracciato dell'episodio, si evidenzia non un'aritmia ventricolare maligna, ma un rumore sul catetere da defibrillazione, mal interpretato dal dispositivo. Il caso viene sottoposto al medico elettrofisiologo che, riscontrando un'anomalia importante, chiede l'aiuto dell'ingegnere per una valutazione ambulatoriale. Confer-

mata la lesione del catetere ed essendo che il paziente aveva già un ulteriore elettrocatteter ugualmente lesionato e quindi abbandonato nella stessa camera cardiaca, gli viene proposto l'impianto di un defibrillatore sottocutaneo. Tale opzione risulta la più idonea in questo caso perché non necessita del posizionamento di un terzo elettrocatteter transvenoso. Anche in questo frangente, grazie al monitoraggio remoto, siamo stati in grado di prevenire eventuali shock inappropriati dati da uno scorretto riconoscimento dell'evento da parte del dispositivo.

Elena Cassinandri
tecnico Fcpc ospedale
"Mater Salus" di Legnago

© RIPRODUZIONE RISERVATA

italiana, di sicuro la scelta lungimirante del ministero della Salute di fonderli per creare una nuova branca del sapere trasversale nell'Area CardioToracoVascolare, ha rappresentato una vera certificazione di qualità e di sicurezza per il paziente, con la nascita del Tfcpc (Dm 27 luglio 1998, n. 316).

Dal punto di vista sociologico però, abbiamo assistito tra gli anni '80-'90 a un mercato del lavoro che richiedeva l'inserimento di questa nuova figura professionale in Cardiocirurgia con un bisogno quattro volte superiore al numero dei professionisti titolati dalle Università, sette atenei e circa 30 laureati/anno, a di-

scapito dell'area cardiologica che ha sofferto di questa condizione.

Fin da subito questi nuovi professionisti non sono rimasti indifferenti né al processo di professionalizzazione con l'istituzione dell'Associazione Nazionale (A.N.Pe.C) nel 1978 né all'aggiornamento dei piani di studio e alla formazione continua per tutelare la natura e l'ampiezza del corpus di conoscenze scientifiche e tecniche proprie della sua peculiare formazione e professionalità.

Con il riconoscimento del Profilo professionale che risale al 1998, le competenze del Tfcpc sono improntate su un concetto di intensità di

cura, dove è ben chiara la quota di attività spendibile a livello territoriale oltre alle skills da esercitare in area critica.

Nel 2009 i Tfcpc hanno supportato il trattamento dell'influenza H1N1 con il sistema Ecmo che ha permesso di salvare la vita a numerosi pazienti sia in età pediatrica che adulta e oggi è diventato uno strumento fondamentale per la gestione dell'arresto cardiaco e dello shock cardiogeno oltre al supporto nelle fasi avanzate della fibrosi cistica in attesa di trapianto polmonare. Anche i sistemi di assistenza ventricolare (Vad), oltre all'Ecmo, hanno rappresentato una crescita cognitiva per il

OCCUPAZIONE

Trend in calo, formazione da ricalibrare

Quanti sono. In base al censimento della Associazione ANPeC i Tecnici di Fisiopatologia cardiocircolatoria sarebbero circa 2mila, impiegati come dipendenti di strutture sanitarie sia pubbliche che private.

Occupazione. Secondo le elaborazioni sui di Alma Laurea, lo sbocco occupazionale degli ultimi 7 anni si caratterizza con un trend in continuo calo, essendo sceso dal 70% del 2007 al 29% del 2013, con un differenza di -41 punti percentuali e con il penultimo posto nella classifica generale dei 22 Profili, che vede ai primi tre posti con l'85% Logopedista, Igienista dentale e Fisioterapista.

Domande di ammissione. Diversa e migliore è la richiesta di ammissione da parte degli studenti con 444 domande su 185 posti a bando nel 2016-17, per un rapporto di 2,4 che vede questa professione a metà classifica, all'11° posto sui 22 profili.

Sedi Universitarie. La ripartizione è equamente presente su tutto il territorio nazionale, a eccezione di Piemonte e Sardegna. Sono 14 le Università sedi dei Corsi con una media di 13 posti per ognuna: Milano, Pavia, Varese, Verona, Genova, Modena, Siena, Roma Cattolica, Roma Sapienza, Roma Tor Vergata, Chieti, Napoli, Bari e Catania.

Fabbisogno formativo. C'è abbastanza coerenza nella stima del fabbisogno fra i 195 posti chiesti dalle Regioni, i 186 proposti dall'Associazione ANPeC, e i 180 posti offerti e messi a bando dalle Università. Il numero di 180 posti a bando corrisponde a un tasso di turnover pari al 9% sui circa 2.000 operatori.

Prospettive AA 2017-18. In considerazione del basso tasso occupazionale, sarebbe da verificare l'opportunità di una eventuale riduzione del fabbisogno formativo.

Angelo Mastrillo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Programmazione posti e occupati dal 2001 al 2016

Anno	Richiesta Categoria	Richiesta Regioni	A bando Università	Domande	D/P	Occupati 1 anno di Laurea	Laureati 3 anni 57%
2001	150	175	110	121	1,1		
2002	150	180	158	241	1,5		
2003	150	187	171	245	1,4		
2004	139	194	184	296	1,6		60
2005	146	213	196	288	1,5		83
2006	122	182	189	334	1,8		88
2007	147	168	164	317	1,9	70%	109
2008	182	166	163	350	2,1	49%	111
2009	182	182	182	428	2,4	56%	89

Anno	Richiesta Categoria	Richiesta Regioni	A bando Università	Domande	D/P	Occupati 1 anno di Laurea	Laureati 3 anni 57%
2010	222	188	205	486	2,4	45%	112
2011	202	198	198	428	2,2	29%	98
2012	217	209	199	440	2,2	26%	111
2013	207	194	198	459	2,3	29%	128
2014	199	170	188	410	2,2	35%	90
2015	194	175	180	411	2,3		119
2016	186	195	185	444	2,4		119
Media	175	186	179	356	2,0	40%	101
Totale	2.795	2.976	2.870	5.698			1.317

Fonte: elaborazione A. Mastrillo

	Popolazione abitanti		Operatori		Occupati a 1 anno di Laurea media anni 2008-14		Cal e tu al 9
Piemonte	4.404.246	7,3%	143	7,2%	-	-	1
V. d'Aosta	127.329	0,2%	5	0,2%	-	-	-
Lombardia	10.008.349	16,5%	291	14,5%	45%	-	3
Pa Bolzano	520.891	0,9%	24	1,2%	-	-	-
Pa Trento	538.223	0,9%	20	1,0%	-	-	-
Veneto	4.915.123	8,1%	161	8,0%	40%	-	1
Friuli V.G.	1.221.218	2,0%	47	2,3%	-	-	-
Liguria	1.571.053	2,6%	69	3,4%	53%	-	-
Emilia R.	4.448.146	7,3%	152	7,6%	48%	-	1
Toscana	3.744.398	6,2%	128	6,4%	26%	-	1
Umbria	891.181	1,5%	31	1,6%	-	-	-
Marche	1.543.752	2,5%	48	2,4%	-	-	-
Lazio	5.888.472	9,7%	213	10,7%	31%	-	1
Abruzzo	1.326.513	2,2%	50	2,5%	25%	-	-
Molise	312.027	0,5%	15	0,7%	-	-	-
Campania	5.850.850	9,6%	175	8,7%	22%	-	1
Puglia	4.077.166	6,7%	139	6,9%	31%	-	1
Basilicata	573.694	0,9%	21	1,1%	-	-	-
Calabria	1.970.521	3,2%	63	3,1%	-	-	-
Sicilia	5.074.261	8,4%	149	7,5%	16%	-	1
Sardegna	1.658.138	2,7%	58	2,9%	-	-	-
Totale	60.665.551		2.000		40%	-	18
Nord	27.754.578	46,0%	910	46,0%	46%	-	8
Centro	12.067.803	20,0%	421	21,0%	28%	-	3
Sud	20.843.170	34,0%	669	33,0%	23%	-	6

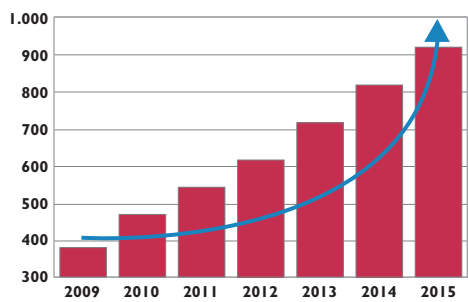
Anno accademico
Differenza

(*) Pmp = per 1 milione di popolazione

Best practice/2

La chance Ecmo: Andrea in viaggio verso la vita

Publicazioni censite su pubmed con parola chiave Ecmo



Ecmo è acronimo di Extracorporeale membrane oxygenator e rappresenta un sistema di assistenza cardiocircolatoria e/o respiratoria meccanica di tipo extracorporeo. Nasce negli Usa nel 1974 a opera del Prof. R. Bartlett (University of Michigan) sostenuto dal professor Luciano Gattinoni e nel lontano 1977 per l'applicazione della metodica Ecmo come supporto della funzione respiratoria; l'esperienza italiana dell'Ecmo cardiaco inizia con l'avvio dei programmi di

cardiologia pediatrica e dei trapianti. Dal 1974 al 2000 assistiamo a una lenta evoluzione in quanto correlata a complicanze maggiori quali il sanguinamento e le infezioni che determinavano elevata mortalità. Dal 2009, anno della pandemia H1N1, l'uso di questa metodica si è sviluppato in modo significativo, in tutto il mondo, coinvolgendo anche alcuni Paesi in via di sviluppo e determinando una veloce impennata della curva di apprendimento

di tutte le figure professionali sanitarie interessate. Nasce e si sviluppa così il concetto di trasportabilità di questi pazienti estremamente critici (Hub Spoke), che, grazie al supporto extracorporeo, possono affrontare il viaggio verso la vita. Siamo nel 2010 e la storia del piccolo Andrea con i suoi 5 chili di peso ha confermato il concetto di trasportabilità anche in età pediatrica, dove la presenza del Tfpc fa la differenza. La sua storia ha inizio in un ospedale milanese, dove viene ricoverato inizialmente in pediatria per un focolaio broncopolmonare bilaterale e successivamente trasferito nella terapia intensiva per il proseguimento delle cure con l'intubazione. Per l'ulteriore aggravarsi delle condizioni del piccolo Andrea, viene contattato l'Ecmo team del Centro Ecmo di riferimento, ossia gli allora "Ospedali Riuniti" di Bergamo (oggi Asst "Paola Giovanni XXIII"), che raggiungono immediatamente il piccolo per implementare l'assistenza con il sistema Ecmo. Il piccolo Andrea inizia così il suo viaggio verso la vita... tenendo stretto mano nella mano per quindici giorni il suo polmone artificiale che grazie all'in-

stancabile e precisa gestione medica associata all'expertise del Tfpc e all'assistenza infermieristica e riabilitativa ricevuta, non ha vissuto complicanze maggiori. Dopo due settimane il piccolo è stato svezzato dal sistema extracorporeo e oggi è felice con la sua famiglia e una vita che gli sorride. In questo caso ha vinto un'affiatata multidisciplinarietà che non deve essere confusa con una sorta di promiscuità di competenze dove tutti fanno tutto, anzi dove le singole skills vengono valorizzate al fine di favorire l'outcome positivo di questi pazienti dal neonato all'adulto. Oggi numerosi sono gli Ecmo center (www.respira.it), presenti sul territorio nazionale, che con l'utilizzo di sistemi portatili ultraleggeri e avanzati permettono il trasferimento di pazienti con qualsiasi mezzo, elicottero o aereo, oltre al trattamento dei pazienti con fibrosi cistica avanzata in attesa di trapianto polmonare.

M. Erminia Macera Mascitelli
vicepresidente nazionale Anpec

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tfpc fondamentale oggi, per la gestione delle tecniche di ricondizionamento di organi marginali prelevati a scopo di trapianto, al fine di fronteggiare la carenza di donatori. Oltre allo scenario cardiologico, il Tfpc ha implementato fin da subito, la gestione delle perfusioni ipertermiche antiblastiche (peritoneali, arti e fegato) rendendo possibile l'utilizzo di potenti farmaci antiblastici. Dagli anni Novanta lo scoppio cardiaco ha determinato lo sviluppo delle competenze in area cardiologica, mettendo a servizio dei pazienti più fragili e vulnerabili la professionalità dei Tfpc nelle declinazioni che afferiscono

all'expertise dell'ecografia cardiovascolare e della cardiostimolazione particolarmente importante, quest'ultima non solo per i pazienti portatori di pace maker o defibrillatore impiantabile, ma molto interessante il controllo delle bioimpedenziometrie total-body. L'uso della telemedicina è stato da subito accolto positivamente soprattutto per l'assistenza dei pazienti con insufficienza cardiaca portatori di Pm e Icd in quanto rappresenta uno strumento di lavoro importante per raggiungere alti livelli di "Best practice" in sanità, dove grazie a questa tecnologia, il Tfpc pianifica la strategia assistenziale e gestisce le varie fasi sia in regi-

me di elezione che di urgenza coadiuvando il personale medico di riferimento. Infine, ma non meno importante, da circa un decennio anche le aziende multinazionali specifiche del settore CardioToracoVascolare, investono nel Tfpc affidandogli ruoli sia di Specialist clinico che manageriale. La sfida di oggi ha un unico obiettivo, recuperare "l'impasse" generato nell'area cardiologica con la convinzione che la presenza del Tfpc fa la differenza.

Davide Ghitti
presidente A.N.Pe.C.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PROFILO PROFESSIONALE

Decreto del ministero della Sanità
27 luglio 1998, n. 316

1. È individuata la figura del tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare con il seguente profilo: il tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, provvede alla conduzione e alla manutenzione delle apparecchiature relative alle tecniche di circolazione extracorporea ed alle tecniche di emodinamica.
2. Le mansioni del tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare sono esclusivamente di natura tecnica; egli coadiuva il personale medico negli ambienti idonei fornendo indicazioni essenziali o conducendo, sempre sotto indicazione medica, apparecchiature finalizzate alla diagnostica emodinamica o vicarianti le funzioni cardiocircolatorie.
3. Il tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare:
 - a) pianifica, gestisce e valuta quanto necessario per il buon funzionamento delle apparecchiature di cui è responsabile;
 - b) garantisce la corretta applicazione delle tecniche di supporto richieste;
 - c) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, in regime di dipendenza o libero professionale.
4. Il tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al profilo professionale e alla ricerca nelle materie di sua competenza.

2. 1. Il diploma universitario di tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare Aa 2016-17 - Programmazione posti secondo Turnover - Regioni - Categorie - Università

Codice	Popolazione su pop. nazionale	Richiesta Regioni			Richiesta Categorie			Posti Università			Domande	D/P	Differenze							
		Popolazione	Pmp*	Posti	Popolazione	Pmp*	Posti	Popolazione	Pmp*	Posti			Regione Categoria	Regione Turnover	Università Regione	Università Categoria				
03	3,0	10	5,1%	2,3	10	5,4%	2,3	0	0,0%	0,0	-	-	0	0%	-3	-23%	-10	-100%	-10	-100%
03	3,0	0	0,0%	0,0	1	0,5%	7,9	0	0,0%	0,0	-	-	-1	0%	0	-100%	0	0%	-1	-100%
04	3,0	40	20,5%	4,0	40	21,5%	4,0	40	21,6%	4,0	91	2,3	0	0%	10	35%	0	0%	0	0%
02	3,0	0	0,0%	0,0	1	0,5%	1,9	0	0,0%	0,0	-	-	-1	0%	-2	-100%	0	0%	-1	-100%
02	3,0	0	0,0%	0,0	1	0,5%	1,9	0	0,0%	0,0	-	-	-1	-100%	-2	-100%	0	0%	-1	-100%
05	3,0	10	5,1%	2,0	10	5,4%	2,0	10	5,4%	2,0	26	2,6	0	0%	-5	-31%	0	0%	0	0%
04	3,0	5	2,6%	4,1	3	1,6%	2,5	0	0,0%	0,0	-	-	2	0%	1	38%	-5	-100%	-3	-100%
05	3,0	10	5,1%	6,4	10	5,4%	6,4	10	5,4%	6,4	21	2,1	0	0%	5	115%	0	0%	0	0%
03	3,0	10	5,1%	2,2	10	5,4%	2,2	10	5,4%	2,2	33	3,3	0	0%	-3	-24%	0	0%	0	0%
01	3,0	10	5,1%	2,7	10	5,4%	2,7	10	5,4%	2,7	14	1,4	0	0%	-1	-10%	0	0%	0	0%
03	3,0	0	0,0%	0,0	3	1,6%	3,4	0	0,0%	0,0	-	-	-3	0%	-3	-100%	0	0%	-3	-100%
05	3,0	0	0,0%	0,0	3	1,6%	1,9	0	0,0%	0,0	-	-	-3	0%	-5	-100%	0	0%	-3	-100%
07	3,0	30	15,4%	5,1	30	16,1%	5,1	50	27,0%	8,5	78	1,6	0	0%	13	72%	20	67%	20	67%
04	3,0	10	5,1%	7,5	10	5,4%	7,5	10	5,4%	7,5	34	3,4	0	0%	6	154%	0	0%	0	0%
01	3,0	0	0,0%	0,0	3	1,6%	9,6	0	0,0%	0,0	-	-	-3	-100%	-1	-100%	0	0%	-3	-100%
07	3,0	15	7,7%	2,6	10	5,4%	1,7	15	8,1%	2,6	37	2,5	5	50%	-2	-13%	0	0%	5	50%
02	3,0	10	5,1%	2,5	10	5,4%	2,5	0	0,0%	0,0	-	-	0	0%	-2	-17%	-10	-100%	-10	-100%
02	3,0	0	0,0%	0,0	1	0,5%	1,7	0	0,0%	0,0	-	-	-1	-100%	-2	-100%	0	0%	-1	-100%
06	3,0	20	10,3%	10,1	5	2,7%	2,5	15	8,1%	7,6	43	2,9	15	0%	14	243%	-5	-25%	10	200%
05	3,0	15	7,7%	3,0	10	5,4%	2,0	15	8,1%	3,0	67	4,5	5	50%	0	0%	0	0%	5	50%
05	3,0	0	0,0%	0,0	5	2,7%	3,0	0	0,0%	0,0	-	-	-5	0%	-5	-100%	0	0%	-5	-100%
00	3,0	195		3,2	186		3,1	185		3,0	444	2,4	9	5%	15	9%	-10	-5%	-1	-1%
02	3,0	85	44,0%	3,1	86	46,0%	3,1	70	38,0%	2,5	171	2,4	-1	-1%	3	3%	-15	-18%	-16	-19%
06	3,0	40	21,0%	3,3	46	25,0%	3,8	60	32,0%	5,0	92	1,5	-6	-13%	4	12%	20	50%	14	30%
02	3,0	70	36,0%	3,4	54	29,0%	2,6	55	30,0%	2,6	181	3,3	16	30%	8	13%	-15	-21%	1	2%
00	2015-2016	175			194			180			411									
00	2016 vs 2015	20	11,0%		-8	-4,0%		5	3,0%		33	8,0								

Fonte: elaborazione A. Mastriello al 17 marzo 2017