

AHEAD



**ACTION FOR HEALTH AND EQUITY
ADDRESSING MEDICAL DESERTS**

Country report from
ITALY

June 2022

D4.2 12

Grant Agreement Number
101018371

AHEAD

Action for Health and Equity - Addressing Medical Deserts

Call identifier	HP-PJ-2020-2	
Topic (Heading 1.2.1.1 of the AWP 2020)	PJ-01-2020-2 Support to reforms in health workforce field - Initiatives on medical deserts	
Starting date	01/04/2021	Duration in months 26

Date:
24/06/2022

Drafted by the Italian team of Cittadinanzattiva



Co-funded by the
Health Programme of
the European Union

The content of this document represents the views of the authors only and is their sole responsibility; it cannot be considered to reflect the views of the European Commission and/or the European Health and Digital Executive Agency (HaDEA) or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.



ITALY

COUNTRY REPORT

REPORT DEVELOPED BY CITTADINANZATTIVA
BRUSSELS/ROME

June 2022

Disclaimer

The assertions in the report belong to the authors, which are responsible for the quality of the content.

Table of content

Executive summary	6
Country health system overview.....	7
Context	7
Health system	9
Mapping medical deserts.....	14
Contextualised Methodology	14
National literature review.....	14
Data research through official sources.....	15
Analysis of national and local media.....	20
Results: the case study of a medical desert.....	22
Findings.....	28
Conclusions and policy implications.....	34
Annexes.....	35

Executive summary

The first action of the research phase involved the realization of a literature review, crucial for a first identification of both a European and an Italian taxonomy of the medical desert phenomenon or of areas at risk for desertification. This preliminary step helped investigating the current knowledge of medical deserts with the aim to develop a more specific and comprehensive working definition of the issue. The review articulated itself in two main levels of development. The first level involved a more general and narrative analysis exploring the broader concept of medical deserts through the articles provided to us by our Romanian consortium project partner *Foundation Center for Health Policies and Services (CHPS)*. The second step was more systematic and employed a country-focused approach while conducting the literature review. It regarded our direct involvement in the identification and selection of distinct publications, articles, and documents that were deemed to be worth analyzing to precisely outline the medical desertification issue in the Italian context. Both types of research, the first at the European level and the second at the national (Italian) one, followed in their analysis phase within the same methodology. The methodology involved the classification and examination of the documents collected through a structured grid which preferred a qualitative assessment over a quantitative one. The grid employed for the analysis contributed to an easier identification of the indicators of medical deserts existence, as well as the patterns and trends of the phenomenon, both at the EU and national level. The process also helped examine the evidence about which national policies have been undertaken across the different countries and regions to address the issue, analysing their effectiveness and their drawbacks.

All the evaluations, experiences, and data emphasized by the national documents reviewed make clear that the aspect of medical deserts is still an unknown concept in the Italian context. Nonetheless, through an analysis of the *shortcomings of territorial assistance in Italy*, we were able to identify several common patterns and trends which implicitly refer to the medical desertification condition. Above all, three main characteristics that most articles continuously refer to in their research are: shortage of healthcare personnel, insufficient healthcare services, and lack of adequate territorial assistance, especially in underserved areas. Other key factors involve uneven and fragmented regional health services in rural areas, poor access to medical care and services, scarce prevention and follow-up, and acute hospitals and medical facilities unable to adequately meet safety and quality standards, all common patterns and trends which implicitly refer to the medical desertification condition.

Geography appears to be a key determinant, in fact distance and rurality represent barriers of cost, time and inconvenience for patients in accessing primary care and prevention.

All this was confirmed by what emerged during the activities carried out in the two areas where the pilot projects are taking place where, among others, the major critical issues emerged are related to: a serious shortage of professional assistance to deal with primary care, especially GPs and Paediatricians but also Obstetricians, Surgeons, Internists, Oncologists, Nephrologists – which often leads to passive mobility outside the province and outside the region; the shortage of services for transportation for people with disabilities and of an Integrated Home Care service and too long emergency response times by the Territorial Urgent Care Service (up to 70 minutes to reach remote municipalities).

Country health system overview

Context – see also country fiche (annex 1)

With a population of almost 60 million, Italy is the third most populous country in Europe. The country is made up of 20 regions, which are extremely varied, differing in size, population and levels of economic development. Five out of the 20 regions (namely Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Province of Trento, Province of Bolzano, Sicily and Sardinia) are granted home rule; the Constitution (article 116) acknowledges their powers in relation to legislation, administration and finance. In return, these regions have to finance their health-care and education systems, and most public infrastructure through their own means. These particular institutional arrangements were designed to take into account cultural differences and protect linguistic minorities. The regions are subdivided into provinces, which are made up of municipalities (*comuni*). Italy has about 7904 municipalities, which range in size from small villages to large cities such as Rome.

In Italy, municipalities classified as "Rural areas" or "Sparsely populated areas" account for 63.8 percent of total municipalities and those classified as "Small towns and suburbs" 33.0 percent. In contrast, municipalities falling under the category of "Cities" or "Densely Populated Areas" make up 3.2 percent of the total. "Rural areas" or "Sparsely populated areas" occupy 60.9 percent of the total area, "Small towns and suburbs" 33.0 percent and "Cities" or "Densely populated areas" 6.2 percent. Most of the population (47.7 percent) lives in "Small towns and suburbs," 35.3 percent in "Cities" or "Densely populated areas," and 17.0 percent in "Rural areas" or "Sparsely populated areas."¹

Table 1. Demographic and socio-economic context in Italy, 2020

Demographic and socioeconomic context in Italy, 2020		
Demographic factors	Italy	EU
Population size (mid-year estimates)	59 641 488	447 319 916
Share of population over age 65 (%)	23.2	20.6
Fertility rate ¹ (2019)	1.3	1.5
Socioeconomic factors		
GDP per capita (EUR PPP ²)	28 002	29 801
Relative poverty rate ³ (% , 2019)	20.1	16.5
Unemployment rate (%)	9.2	7.1

1. Number of children born per woman aged 15–49. 2. Purchasing power parity (PPP) is defined as the rate of currency conversion that equalises the purchasing power of different currencies by eliminating the differences in price levels between countries. 3. Percentage of persons living with less than 60 % of median equivalised disposable income. Source: Eurostat database.

Source: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_it_english.pdf

In almost all demographic and health indicators, there are marked regional differences for both men and women, reflecting the economic and social imbalance between the north and south of the country. Indeed, since the country's political unification in 1861, Italy has been characterised by a strong North–South divide, with the Southern part of the country, commonly referred to as the “Mezzogiorno”, constantly lagging behind. The socio-economic situation in Southern Italy explains many of the nationwide disparities in the country's modern history. In Italy, it is evident that the

¹ <https://www.istat.it/it/files//2020/12/C01.pdf>

scale and severity of regional disparities, in particular with respect to the labour market, calls for better place-sensitive territorial development policies, focused on providing opportunities to people living in the Southern regions and on tapping into untapped potential.

Table 2. Contextual indicators for Italy

Territory	Italy				
Year	2018	2019	2020	2021	2022
Indicator					
birth rate (per thousand inhabitant)	7,3	7	6,8	6,8(p)	..
death rate (per thousand inhabitant)	10,6	10,6	12,5	12(p)	..
net migration rate from abroad (per thousand inhabitant)	1,2	2,6	1,5	2,7(p)	..
net migration rate due to other reasons (per thousand inhabitant)	..	-2,2	-2,6	-1,7(p)	..
total migration rate (per thousand inhabitant)	1,2	0,4	-1,1	1(p)	..
growth rate (per thousand inhabitant)	-2	-3,2	-6,7	-4,3(p)	..
total fertility rate - TFR	1,31	1,27	1,24	1,25(e)	..
mean age at childbearing	32	32,1	32,2	32,4(e)	..
life expectancy at birth - males	80,8	81,1	79,8	80,1(e)	..
life expectancy at birth - females	85,2	85,4	84,5	84,7(e)	..
life expectancy at birth - total	82,9	83,2	82,1	82,4(e)	..
population aged 0-14 (percentage values) - on 1st January	13,4	13,2	13	12,9	12,7(e)
population aged 15-64 (percentage values) - on 1st January	64	64	63,8	63,6	63,5(e)
population aged 65 and over (percentage values) - on 1st January	22,6	22,9	23,2	23,5	23,8(e)
ageing index (percentage values) - on 1st January	169,5	174	179,4	182,6	187,9(e)

Legend: **p:** provisional data; **e:** estimate data

Source: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/italy-health-system-review-2014>

Italy has an open economy and is a founding member of the EU. It is also a member of major multilateral economic organizations such as the Group of Seven Industrialized Countries (G-7), the Group of Eight (G-8), OECD, the World Trade Organization and the International Monetary Fund (IMF). Its annual GDP per capita is 46.613 USD with a projected growth rate of 2.6 %.

In 2019, health expenditure was substantially lower than the EU average, both in per capita terms and as a share of GDP. About 74 % of health spending was publicly funded in 2019 – a lower share than the EU average of 80 %. Most of the remaining expenses came from direct out-of-pocket (OOP) payments by households (23 %), as voluntary health insurance (VHI) only plays a minor role (covering only 3 % of the total). In response to the COVID-19 pandemic, the Italian government allocated additional funding of EUR 3.7 billion in 2020 and EUR 1.7 billion in 2021 to the health system – an increase of 3.3 % and 1.7 % over the original funding plan.

In May 2020, the Italian Ministry of Health allocated additional funding to regions to take into account additional hospital costs related to the care of COVID-19 patients. This included funding to cover additional spending on four main items:

1. Additional ICU beds (computed based on the target of 14 beds per 100 000 population, equivalent to 3 500 additional beds);
2. Additional high-care beds (a total of 4 225);
3. Additional emergency room activity;
4. Financial incentives for personnel and new hires.

The total amount of additional funding was EUR 1.83 billion, of which EUR 1.4 billion was allocated for capital expenditure on ICU and high-care beds and EUR 431 million for personnel (including EUR 190 million for financial incentives and EUR 241 million for new hiring).

The Ministry of Health also allocated an additional EUR 1.2 billion to strengthen primary care in 2020. Funds were mainly allocated to improve tracing and monitoring of COVID-19 cases, to increase home-based services and to introduce the new professional role of family and community nurses. Italy's EU-funded Recovery and Resilience Plan was adopted in June 2021. The funding for the health components of the Plan, which total EUR 15.6 billion over five years, is designed to invest in using new technologies to improve hospitals and home health care, including through enhancing the use of telemedicine while reducing territorial fragmentation. A significant share of the funding is also planned for strengthening human resources for health.

The provisional data for 2020 of the total health spending was of 3.819 USD per capita – correspondent to the 9.7% of the GDP - with a component related to Government/compulsory of 2.014 USD per capita and a Voluntary component of 906 USD per capita. Regarding the pharmaceutical spending, in 2019 it was of 659 USD per capita, representing the 18% of the total health spending and the 1.56% of the GDP.

In 2021, in Italy, the access to the internet, intended as the percentage of households who reported that they had access to the Internet, was of 90.5% and the number of households that reported having at least one personal computer in working order in their home (measured in percentage of all households) was of 72.5% in 2017.² However, in 2018 the share of young people between 20 and 29 years old with a tertiary level qualification in technical-scientific disciplines (STEM - Science, Technology, Engineering and Mathematics) with good digital skills/literacy was equal only to 15.1 per thousand, with a persisting gap between males (18.0) and females (12.1).³

Health system – see also country fiche (annex 1)

The Italian National Health Service (*Servizio Sanitario Nazionale*, SSN) was set up in 1978 with universal coverage, solidarity, human dignity, and human health as its guiding principles. It provides universal coverage largely free of charge at the point of delivery. It is regionally based, and organized at national, regional and local levels.

Central government controls the distribution of tax revenue for publicly-financed healthcare and decides on a national statutory benefits package of “essential levels of care”—offered to all residents in every region. The National Health Service is largely funded through national and regional taxes, supplemented by co-payments for pharmaceuticals and outpatient care.⁴

In fact, at the national level, the Ministry of Health (supported by several specialized agencies) sets the fundamental principles and goals of the health system, determines the core benefit package of health services guaranteed across the country, and allocates national funds to the regions. Then, the country's

² <https://data.oecd.org/ict/access-to-computers-from-home.htm#indicator-chart>

³ <http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=en&QueryId=22998&metadata=DCCV ICT>

⁴ <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/italy-health-system-review-2014>

19 regions and two autonomous provinces are responsible for organizing and delivering healthcare services through local health units. These geographically based local health authorities (*Aziende Sanitarie Locali, ASL*) deliver public health, community health services and primary care directly, and secondary and specialist care directly or through public hospitals or accredited private providers. Depending on the region, public funds are allocated by local health units to public hospitals and accredited private clinics. Public hospitals are either managed directly by local health units and coordinated with other local health services such as preventive medicine departments and primary care districts, or they operate as semi-independent public enterprises. A prospective payment system based on diagnosis-related groups (DRG) operates across the country and accounts for most hospital revenue, but is generally not applied to hospitals run directly by local health units, where global budgets are common.

Although access to health care is generally good in Italy, the COVID-19 pandemic significantly hampered access to care: 23 % of the population reported some forgone care during the first 12 months of the pandemic – slightly more than the EU average of 21 %.

In 2019, there were approximately 3.160 per 1 000 inhabitants hospital beds⁵, in terms of number of beds that are maintained, staffed and immediately available for use. Total hospital beds include curative (or acute) care beds, rehabilitative care beds, long-term care beds and other beds in hospitals.

The health of the population has improved over the last decades. The total infant mortality rate in 2019 was of 2.4 deaths per 1000 live births. Average life expectancy at birth reached 82.4 years, 80.1 years for men and 84.7 years for women in 2020. In the same year, life expectancy at 65 reached 18.5 years for men and 21.8 years for women.

Life expectancy in Italy in 2020 was almost two years higher than the EU average, but it fell at least temporarily by 1.2 years because of deaths due to COVID-19. While the Italian health system generally provides good access to high-quality care, the pandemic highlighted important structural weaknesses, including years of low investment in the health workforce and the health information infrastructure. The pandemic stimulated many innovative practices in Italy, such as the rollout of special units for continuity of care, which could be expanded to build a more resilient health care system.

In 2018, Italy had the lowest preventable mortality rate in the EU. As for all other countries, this rate will increase when data for this indicator become available for 2020 and 2021 because of the COVID-19 pandemic.

Circulatory diseases accounted for 35 % of all deaths in Italy, followed by cancer (27 %). Looking at more specific diseases, ischaemic heart disease (accounting for about 10 % of all deaths) and stroke (about 9 %) were the leading causes of mortality in 2018, followed by lung cancer, which remained the most frequent cause of death by cancer. The main cancer sites among men are prostate (20 %), lung (14 %) and colorectal (13 %), while among women breast cancer is the leading cancer (30 %), followed by colorectal (13 %) and lung cancer (7 %). Cancer prevention is one of the main priority areas of the five-year National Prevention Plan introduced in Italy in August 2020 (Ministry of Health, 2020). The number of deaths deemed potentially avoidable through health care interventions was also one of the lowest in the EU in 2018, indicating that the Italian health system is generally effective in treating patients with life-threatening conditions. This positive result is related to relatively low mortality rates

⁵ <https://data.oecd.org/italy.htm#profile-health>

from ischaemic heart disease, stroke and colorectal cancer. Preventable and treatable causes of mortality decreased more rapidly in Italy between 2011 and 2018 than in the EU as a whole.

Unfortunately, in 2020, COVID-19 accounted for about 75 000 deaths only in Italy (10 % of all deaths). Another 54 000 people died from COVID-19 in the first eight months of 2021. Most deaths were among older people: the average age of people who died from COVID-19 in 2020 was 81, and 86 % of deaths were among people aged 70 and over. While the mortality rate from COVID-19 in Italy was much higher than the EU average during the first wave in spring 2020, this gap narrowed, and many other EU countries had higher death rates in autumn 2020 and the first eight months of 2021. By the end of August 2021, the cumulative mortality rate from COVID-19 in Italy was about 35 % higher than the EU average.

In 2019, about three quarters (73 %) of Italian adults reported being in good health – a proportion slightly higher than the EU average (69 %). However, one in six Italian adults (16 %) reported having at least one chronic condition and this proportion increases with age (37 % of people aged 65 and over have one or more chronic conditions). An emerging issue from the COVID-19 pandemic is the number of patients who experience persistent ill health for a long period after contracting the virus. “Long COVID” – characterised by symptoms including chest and muscle pain, fatigue, shortness of breath, anxiety and cognitive dysfunction – can impede a return to normal life, with potentially lasting health and economic repercussions.

Smoking and rising obesity levels, particularly among young people, are still major health challenges.

The total number of doctors in Italy is slightly higher than the EU average, at 4.1 compared to 3.9 per 1 000 population in 2019. However, the number of doctors working in public hospitals and general practitioners (GPs) is declining. As the average age of Italian doctors has increased, a significant shortage is projected in the years to come – especially in some specialties and general practice – if the current criteria for accessing specialty training remain unchanged.

Prior to the COVID-19 pandemic, only 1.8 % of the Italian population reported unmet needs for medical care in 2019, mostly for financial reasons. This was close to the EU average of 1.7 %. As in many other countries, the proportion of unmet medical care needs was much greater among people in the lowest income quintile (3.5 %) than among those in the highest (0.5 %). There are sizeable disparities in access to care across regions, with citizens from poorer regions in the south more than twice as likely to report unmet medical care needs than those living in wealthier regions in the north, due to financial reasons, waiting times or travel distances.

In Italy, patient empowerment and patient rights are not specified by a single law but are present in several pieces of legislation, starting with the Italian Constitution and the founding law of the national health system. Over the last 20 years, several tools have been introduced for public participation at all levels but no systematic strategy exists and implementation varies across the country, as does the satisfaction of citizens with the quality of health care.

In this context, we believe it is important to also take into consideration the data collected by Cittadinanzattiva thanks to the daily commitment throughout the Italian national territory, thanks and above all through 2 main tools, founded by Cittadinanzattiva: the PIT and the TDM.

The PIT (Integrated Protection Project) is an orientation, information and protection service founded by Cittadinanzattiva to help citizens who have suffered disservices in the areas of health, public services and justice. It is not a simple listening desk: the objective is the protection of rights through

the participation of citizens. In each region there is a reference office that responds directly to citizens' requests and manages reports in collaboration with the other local offices in the area. In addition to the expertise of the volunteers who respond directly to citizens' requests, the PiT makes use of the free advice of professionals in the legal, medico-legal and specialist sectors, supporting a multidisciplinary approach to resolving cases. This method favours the participation and empowerment of citizens, informing them of their rights and the tools of protection available so that they are not violated.

The Tribunal for Patients' Rights (*Tribunale per i Diritti del Malato, TDM*) is an initiative of Cittadinanzattiva, born in 1980, to protect and promote the rights of citizens in the field of health and assistance services and to contribute to a more humane, effective and rational organization of the service national health. The TDM is a network made up of about 10,000 citizens, operators of the various services and professionals, who commit themselves on a voluntary basis.

The main activities carried out by the TDM concern the collection of information and requests, advice and help aimed at citizens, collaboration with other organizations and meetings with public and private institutions for the improvement of the quality of the National Health Service. The Tribunal for Patients' Rights (TDM) operates through: about 300 local sections, present throughout the national territory, active in hospitals and local services; a central structure, which coordinates the activities of the network and promotes national initiatives; thematic groups, at national, regional and local level, linked to specific programs; regional coordination, to support local networks and to promote regional policies for the protection of rights in the health sector; the Integrated Protection Project (PIT salute).

According to what is described in the Civic Health Report 2022 (Rapporto civico sulla salute 2022⁶) of Cittadinanzattiva, thanks to the 13,748 reports managed by the offices of the Court for the rights of the sick present on the national territory and by the Pit Salute from 1 January to 31 December 2021, the trend of reports developed in the last six years (20015-2021) shows the consolidation of some critical issues from the point of view of health care.

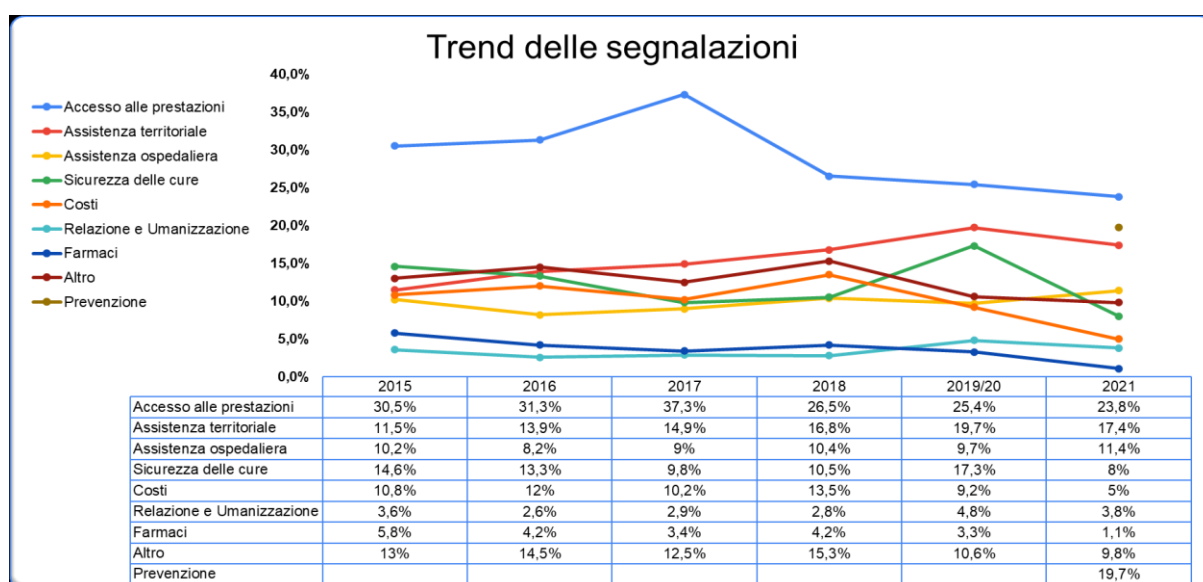


Figure 1: Civic report on health: Citizens' rights and federalism in health care
Source: Rapporto civico sulla salute: I diritti dei cittadini e il federalismo in sanità

⁶ Cittadinanzattiva, Rapporto Civico sulla Salute 2022.

The subject of the most recurrent reports are: in the first place, the difficulty in accessing health services (the graph shows a percentage range that varies from 30.5% in 2015 to 23.8% in 2021); in second place, the difficulty of using local assistance (percentage range between 11.5% in 2015 and 17.4% in 2021).

In consideration of the meaning that has always been attributed to reports as a "thermometer" of the critical issues encountered by citizens in their daily relationship with the National Health Service, these two health sectors are those in which the system has shown all its fragility in recent years, dragging itself behind unresolved issues on which no action has been taken at all or, at least, no action has been taken on the systemic causes that cause these constant inconveniences reported by citizens.

The lack of "systemic" intervention in these two sectors has caused inevitable repercussions on the entire NHS (inappropriate access to emergency rooms, long waiting lists, use of private healthcare, renunciation of treatment, etc.). At the third place there are problems relating to hospital care (with values ranging from 10.2% in 2015 to 11.4% in 2021), with particular reference to the methods of providing services and their quality, often lacking.

Reports from the local area and from the advocacy desks also show that as many as 74.7 percent of the reports in this area concerned Emergency and Emergency Room activities. In detail, the most frequent reports concern: excessive waiting to complete the pathway (55.1%), lack of comfort (38.8%), and lack of inpatient beds (28.6%). In 2019, there were 515 public inpatient facilities in Italy. Of the public facilities, 63.9% were hospitals directly managed by Local Health Authorities (ASL), 10.3% were Hospital Boards (Aziende Ospedaliere), and the remaining 26.3% were other types of public hospitals. Between 2015 and 2019, the number of public inpatient facilities shows a steady decrease (from 546 to 515), as do the number of public inpatient beds (from 2.6% to 2.5%), although less markedly.

Nationwide, 3.5 beds per 1,000 inhabitants are available, with 2.9 beds dedicated to acute care activity per 1,000 inhabitants. Although this is a common phenomenon in other European countries, there is no doubt that with the figure of 3.5 beds per 1,000 inhabitants, ours is well below the standards of France and Germany, which have 6 and 8 beds, respectively, putting our condition in common with that of Spain and Great Britain with 3 and 2.5 beds per 1,000 inhabitants.

With reference to the period 2009-2018, the permanent salaried staff in the Health sector decreased by a total of 6.5%, from 693,600 as of 31/12/2009 to 648,507 as of 31/12/2018. This contraction of resources ended up generating, in the medium term, a serious shortage of health professionals in the facilities, which with reference especially to some areas, led to difficulties in the organization and management of health services.

The new level of the national health requirement, which represents the total financing of public and accredited health care in Italy, was set by Budget Law 2022 (L. No. 234/2021) at 124,061 million for 2022, 126,061 million for 2023 and 128,061 million for the year 2024.

The COVID-19 epidemiological emergency raised this level for 2021 to 121,370 million euros while, for 2020, the National Health System funding was 120,557 million euros. Trends in public health spending in Italy, according to data from the National Institute of Statistics (ISTAT), increased by about 3 percent between 2000 and 2008, higher than the increase in GDP. The ratio of this spending to Gross Domestic Product stood at more than 6 percent. From 2009 to 2017, the average annual rate of change to GDP had gradually declined to around 0.1 percent. The slowdown in the public component of healthcare

spending through 2018 had an impact on the growth of private household healthcare spending, which increased by an average of about 2.5 percent.⁷

Mapping medical deserts

Methodology - see also Annexes 2, 3 and 4

In order to analyze the Italian context, to understand not only the level of knowledge of the phenomenon of sanitary deserts, but also to understand where they already existed or where there were conditions that could potentially lead to sanitary desertification phenomena, we deemed it appropriate to proceed with the analysis of 5 different sources of information: the analysis of existing literature; the official sources from which to obtain data; information gathered by the Cittadinanzattiva's PIT⁸; the national strategy for inner areas and the analysis of local media.

National literature review

The first phase of the research methodology applied at the country (Italian) level regarded the conduction of a literature review on the most relevant and inclusive publications found on the issue of medical desertification in Italy. Hence, a large part of the 15 documents analysed were in Italian language.

As mentioned, the assessment of the collected documents was carried out with a grid for the analysis which comprises of the following three different sections:

- A first general section includes the title of the publication, link, typology of source, domain of science, and main objective(s) of the study.
- Going deeper into the analysis, the second section aims at identifying both the traditional and alternative concept(s) and the relevant definition(s) outlined in the text that related to the issue of medical deserts, as well as the geographical area and the years referred to by the data of the publication.
- Finally, the scope of the third section was to identify the methodology on how data were collected to understand how the indexes for desertification were constructed and used for studying their relationship with other concepts. Lastly, a brief table on the findings and general comments to the analysed publication was added to facilitate the interpretation and usefulness of the identified document.

The literature review resulted in an improved definition of medical desertification, which has then been further investigated through the next steps of the project's research phase.

All the evaluations, experiences, and data emphasized by the national documents reviewed make clear that the aspect of medical deserts is still an unknown concept in the Italian context. Nonetheless, through an analysis of the *shortcomings of territorial assistance in Italy*, we were able to identify several common patterns and trends which implicitly refer to the medical desertification condition. Above all, three main characteristics that most articles continuously refer to in their research are: shortage of healthcare personnel, insufficient healthcare services, and lack of adequate territorial assistance,

⁷ https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_il_fabbisogno_sanitario.html

⁸ <https://www.cittadinanzattiva.it/?view=article&id=4131:pit-integrated-project-of-citizen-protection&catid=125&highlight=WyJwaXQiXQ==>

especially in underserved areas. Other key factors involve uneven and fragmented regional health services in rural areas, poor access to medical care and services, scarce prevention and follow-up, and acute hospitals and medical facilities unable to adequately meet safety and quality standards.

All the above-mentioned terms combined make up what we consider to be basic characteristics of medical deserts. Going further, two main innovative concepts were identified to improve and develop a more comprehensive and effective definition of the issue. The first term is “rural disparity”, which refers to the “uneven divide between country and city communities, where small-town communities have less access to healthcare than their urban counterparts and poorer health outcomes, one reason being the limited numbers of healthcare providers”. The second, “telehealth”, involves a combination of the terms “healthcare policy and technology” and refers to the introduction of technology as an answer to healthcare inequality. The latter is especially relevant when discussing about the suggestions gathered from the various publications to resolve the issue.

Above all, geography was considered by almost all the documents as a key determinant exacerbating the already existing health disparities and the scarce access to quality healthcare for specific areas in Italy. Distance and rurality represent barriers of cost, time, and inconvenience for patients in accessing primary care. Thus, countries with vast geographical distances between rural or remote areas and hospitals and with a low population density are the ones which are mostly affected by inequities in access to and underutilization of emergency hospital services, compared to more urban and dense areas. Worth stressing are also the aspects relating to “rural women’s health”. The findings of the literature review succeeded in introducing new interpretations of barriers to rural healthcare that exceed purely spatial or operational challenges in the context of growing rural healthcare deserts by giving voice to rural women. The results emerged from the literature review also show that, besides rural distance, also medical mistrust is a big determinant causing medical deserts. This mistrust largely emerges in response to policies that aim to mitigate rural healthcare deserts.

To counter the sense of abandonment, scepticism, and resentment of the people forced to face a highly unequal and inefficient healthcare system, several preliminary suggestions were identified through the literature review. **First of all, establishing an adequate network of assistance on the territory is the only means of defence to quickly address and contain phenomena such as the current pandemic that we are fighting which further exacerbates the phenomenon of medical desertification.** Furthermore, Italy’s decentralized health system possesses several weaknesses that must be addressed: strengthening emergency transport services, recruiting more health workers in rural or remote hospitals, developing residential care in rural areas, and digitization of the healthcare system are all necessary to enhance access to care, decrease healthcare inequalities and rural-urban divides, and prevent unnecessary hospitalizations.

Data research through official sources

As the second step of this research phase, we proceeded with data research through official sources, also in order to obtain information that would allow us to develop and define the Medical Deserts Diagnostic Tool (MDDT). This tool has been conceptualised as a web-based, interactive map that offers a set of criteria and benchmarks to: diagnose medical deserts and monitor desertification (only possible when time series of relevant data are available).

The AHEAD mapping tool is available on the Project’s website, and contains data for the project countries (Italy, Moldova, the Netherlands, Romania, Serbia). The tool and its underlying methodology will be made available also for other countries so that they can build a similar tool.

The findings from literature review suggest that medical deserts are characterised differently in different contexts. This means that policy makers in the different AHEAD countries will need different criteria to identify areas as a medical desert (or not). Final criteria will be agreed on in the course of the project implementation, based on research findings (literature, focus group discussions, in-depth interviews, surveys) and on findings from the participatory sessions. Similarly, benchmarks will differ across countries; some countries have higher health worker densities and/or smaller differences in health worker densities between regions, therefore, it would not be meaningful to use the same benchmarks across countries. The result of such a tailor-made approach will be that the MDDT will look different for each country.

However, the type of criteria used in the tool will be based on a framework for the medical deserts' concept that will also be developed by the AHEAD Project. Literature suggests that most medical deserts can be classified according to a limited number of rather broad categories of criteria, operationalised in specific indicators. These findings, again in combination with findings from other project activities, give us the building blocks to develop a common framework and taxonomy for the concept of medical desert.

With the tool, AHEAD aims to support:

- Primarily: national and/or local level decision makers in their decisions for health workforce reforms (including mayors, health insurers, etc.).
- Secondly: public health institutes, researchers, NGOs, practitioners and other interested parties.

The MDDT prototype, currently available on the Project's website, is the initial version of the MDDT. A more developed version of MDDT will be ready by end of October 2022, in time to be used by the intended target group(s) during the policy dialogues planned for the period of October 2022-April 2023. The tool will be validated and further developed on the basis of the research activities, including but not limited to: focus group discussions, stakeholder interviews, and consensus building sessions.

The prototype version is based on the initial working definition of medical deserts, which has been formulated by the AHEAD partners based on the literature review: "Medical deserts imply the inability of a given population (and / or a population group) to access health services, or the state of isolation when it comes to receiving health services, based on three categories of quantitative and qualitative barriers ('dimensions'), which are interrelated and dependent on each other."

Considering all of the above, the research activity started with the consultation of official data sources as: Eurostat and Istat to collect data about general population and female population at NUTS 1 (country), 2 (regional) and 3 (provincial) level of accuracy. Regarding the general Population data, they were collected following age criteria: total population under 15 years old, total population from 15 to 64 years old, total population over 65 years old.

About female population, a different criteria was used, considering the different specific needs of female population based on their age.

For this reason, in addition to the total female population, different age groups were identified: women between 5 and 9 years old; between 10 and 14; between 15 and 19; between 20 and 24; between 25 and 29; between 30 and 34; between 35 and 39; between 40 and 44; between 45 and 49; between 50 and 54; between 55 and 59; between 60 and 64; between 65 and 69; between 70 and 74; between 75 and 79; between 80 and 84; over 85 years old.

Regarding the information about Healthcare workers population, data were collected on General Practitioners and Paediatricians based on the information available from the Italian Ministry of Health. In addition to these, also data on Hospital-based OBGYNs (obstetrician-gynecologist), Cardiologists and Pharmacists were collected. Lastly, also data about Rural Pharmacies were collected.

All the above-mentioned information were collected at the NUTS 3 (province) level. Unfortunately, a crucial and critical aspect regarding the data collection in Italy was about the unavailability and/or absence of this kind of information. In fact, not only in most cases they were not accessible to the public and it has been necessary to expressly ask for them to the competent authority (e.g. Italian Ministry of Health, Federfarma, etc.). But the greatest obstacle was represented by the complete lack of these data. In fact, it has been impossible to receive information at a higher level of accuracy, at county and/or at municipality level, simply because they don't exist.

Information deriving from the widespread presence of Cittadinanzattiva on the national territory

For these reasons, the choice of the two local realities where to realize the national pilots of the AHEAD project it has been guided by the findings of the complex research conducted, taking into account the existing literature, the media analysis and the information deriving from the widespread presence of Cittadinanzattiva on the national territory, thanks to the Integrated Project of Citizen Protection (PIT), its 21 regional offices, 250 territorial Assemblies and over 350 sections of the Tribunal for patients' rights (TDM), as already described in detail in this report in the previous chapter.

Analysis of medical desertification through the National Strategy for Inner Areas

As a fourth step of this analysis process, we took into account what emerged from the strategy and commitment of Cittadinanzattiva to protect citizens' rights and support vulnerable people living in Italy's inner areas.

In the 2014-2020 programming period, Italy has put in place a new integrated policy called the National Strategy for Inner Areas (NSIA)⁹. This policy applies to every region and macro-area in Italy and aims to contribute to the country's economic and social recovery, creating jobs, fostering social inclusion and reversing the demographic decline of Inner Areas, in terms of both population size and age profile. The implementation process builds on previous experiences of local development in Italy, and is being supported by all the main EU funds, as well as dedicated funding provided for under the Stability Law (national funds).

Italian Inner Areas are seventy-two and are made up of 1077 municipalities, with approximately 2,072,718 inhabitants, making up 53 % of Italian municipalities, covering 60 % of the national territory and being home to 23 % of the Italian population. Within the definition of Inner Areas there are also marked differences, however, with peripheral and ultra-peripheral areas being the priority focus for policy interventions.

⁹ <https://enrd.ec.europa.eu/>



Figure 2: The 72 Italy's Inner Areas. Source: Comitato Tecnico Aree Interne, 2019.

Italy's Inner Areas are rural areas characterised by their distance from the main service centres (education, health and mobility)¹⁰. Looking specifically at what concerns healthcare services, the main issues are about the difficulties in activating local services, the long waits of emergency vehicles in cases of health emergency, the difficulties in recruiting medical staff in the area, services not geared toward vulnerable groups, presenting therefore some characteristics of medical desertification.

The demographic and agricultural profile of Inner Areas is notably different from the average profile emerging at the national level: demographic decline and population ageing is more pronounced in Inner Areas than in the rest of Italy, although it is counterbalanced by a strong growth in immigration (which doubled in the last decade across all regions). Economic productivity and the quality of services in these areas is also affected by the digital divide.

The national strategy is based on four main innovations, which seek to develop and improve participatory processes in rural areas. The first policy innovation involves parallel improvements in the provision of essential services (primary and secondary school and vocational training, local mobility and transports, healthcare and medical services) while at the same time promoting local development

¹⁰ Essential service centres are those municipalities able to provide simultaneously: schools with a full range of secondary education, at least one grade 1 emergency care hospital and at least one Silver category railway station (medium/small systems with an average degree of uptake for metropolitan/regional services and short-distance journeys).

initiatives in five key fields: land management and forests; local food products; renewable energy; natural and cultural heritage; traditional crafts and SMEs. Secondly, Inner Areas are a national priority, but the strategy is conceived and implemented within a multilevel framework, involving national, regional and local tiers. Local communities are essential in this process: they can interpret the characteristics and complexity of the local population and territorial capital and turn them into projects, stimulating innovators that already exist in some Inner Areas. Removing the obstacles to essential services and local development can only be achieved with effective integration of national and local action. The third innovation is the multi-fund approach: local development interventions in the selected project areas will be financed by all the available European Structural and Investment funds, through the regional programmes, and by the National Stability Fund. The participation of European funds is mandatory for the approval of the local strategy. The last innovation is local participation: the local strategy is elaborated by a group of mayors and requires cooperation between the municipalities involved in the project area. They have to work together in managing services for their communities, and also in designing and managing the strategy.

In this context, as part of Cittadinanzattiva's strategy to protect rights and support vulnerable people also in the inner areas of our country, several activities have been carried out:

1. With the Integrated Project of Citizen Protection (PIT), which has a hundred network points which are providing a system of assistance and intervention for the citizen as close as possible to them and their community;
2. With the Civic Audit, a technology for evaluating public services also in internal areas, for the identification of problems and the implementation of improvement actions;
3. With projects of "dialogue" between institutions and citizens, aimed at making communities protagonists in their territories, both in terms of detection of needs and in terms of search for solutions;
4. With the campaign of advocacy and communication *#diffondilasalute* (*#sharehealth*), which aims to combat the inequalities between regions, but also between the internal areas and the rest of the country, such as the health services: for this reason, we are working for the activation of a parliamentary intergroup on inequalities in health and presented a proposal for reform of Article 117 of the Constitution that puts the issue of the right to health as a right of the individual;
5. With awareness campaigns on the provision of services, such as cancer screenings;
6. With campaigns so that the services and facilities present in the internal areas remain as active as possible, to avoid their transfer or disposal.

In addition to these critical matters of the internal areas, there are many other aspects and distinctive features that make these areas a real heritage for Italy, a heritage of extraordinary potential on which it is worthwhile for the country to invest.

In fact, some of these areas are characterized by strong local leadership, significant project activities, the presence of municipalities capable of working together and their resilience.

This "community capital" is what Cittadinanzattiva is helping to support, believing that this diversity can be valued by:

1. Information activities on new regulations that concern the development of internal areas;
2. Public debates on the value and potential of the internal areas, not least on the important occasion of the *Festival of Participation* that has been taking place for three years in L'Aquila;
3. The collection and dissemination of good practices, in schools and in health care, for the empowerment of these communities and the management of services;
4. Working with students, teachers, parents' committees in the areas affected by earthquakes, to implement innovative projects that can support the communities "beyond the earthquake";
5. The drafting of a Report on rural pharmacies that is being carried out in partnership with Federfarma (National Association of Pharmacies);
6. The *Disponibile!* programme for the reuse of unused public structures, in collaboration with the Agenzia del Demanio (State Property Agency);
7. A new line of activities, started in 2017, concerning the direct management of cultural and environmental assets by the communities of the internal areas of our country.

The ultimate aim of all the activities of the National Strategy for the Internal Areas is to "reverse demographic trends, increasing the well-being of local populations, local demand for labour and employment, the degree of use of territorial capital and strengthening the factors of local development". In this case, Cittadinanzattiva contributes to this by:

1. Making available to the National Strategy of the internal areas its skills gained in decades of work in activism;
2. With actions of monitoring and pressure on the progress of the Strategy;
3. Contributing through meetings, with citizens and civic associations, to the dissemination of the Strategy of the internal areas;
4. Facilitating opportunities for comparison between institutions and communities of the internal areas to allow them to develop common paths of implementation of the Strategy;
5. Carrying out, in partnership with the National Technical Committee, training activities structured as an ad hoc module of the *Civic School of Higher Education* which aims to disseminate, with a view to exchange and comparison between institutions, operators and citizens, knowledge of innovative practices.

Analysis of national and local media

The fifth step of the research phase consisted in the analysis of the local media.

In order to identify the main press publications pertaining to the issue of medical desertification in Italy, we proceeded with an analysis of the press review over the past year. We felt it was appropriate to proceed with a search that went further back in time because, even from the previous literature review, the lack of knowledge at the national level about this phenomenon was important.

55 different media reports concerning different Italian regions and provinces affected by medical deserts emerged from our media analysis process. Cittadinanzattiva/Active Citizenship Network directly contributed to the research process through its regional secretariat and/or territorial assembly

of reference, which provided for different articles, reviews, documents that were relevant for the discussion. The reports and documents collected referred to all the 20 Italian regions, with particular reference to: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto. Among these, the regions of Campania and Sicilia were the ones with the most criticalities. These two regions are also the ones where the most urgent territorial realities of the Avola-Noto and Oliveto-Citra areas were found. Nonetheless, much homogeneity can be found among the regions, with no evident and drastic differences between the northern and southern parts of the country. Going deeper into the main findings, these can be divided into two main aspects: the first concerning medical desertification elements and criticalities shared by the various Italian provinces that are indicated by the reports and the second related to potential solutions and actions which could solve or at least improve the daunting phenomenon.

The most common criticality cited by all media reports concerned the chronic shortage of doctors and specialists in all healthcare departments. This is extremely severe as it hinders the proper functioning of the facilities and places a huge burden on all the present healthcare professionals who extend their shifts every day to replace the missing staff and repair to the emergencies. To give an idea of the seriousness of this medical desertification element, the media report of September 2021 entitled “Carenza di rianimatori rinviare il Punto nascita” explains the very critical organic shortage of anesthesiologists/reanimators in Sicily “who, with immense difficulty and spirit of sacrifice, can hardly guarantee their activities in support of the surgical and medical operating units present at the hospital of Avola. All this leads to a serious impairment of the interventions of the surgical departments both in election and emergency. The latter surgical branch operates in act at the hospital of Noto and makes use, for surgical interventions, of anesthesiologists on duty at the hospital of Avola”. It seems clear that this shortage of anesthesiologists and reanimators causes an unprecedented fragmentation that further weakens the already precarious organization of the healthcare facilities. Regarding the second most worrying medical desert area of Oliveto Citra, the November 2021 regional newspaper we have analyzed reports the statement of doctor and mayor of the province Carmine Pignata who claims that “without a doctor on board ambulances, inland areas are deprived of the right to health”. By our analysis we have further noticed how this shortage becomes even more evident during the summer season, where difficulties multiply due to the arrival of occasional visitors, tourists and vacationers, which aggravate the road load and at the same time the demand for healthcare.

According to our research and media examination, two other elements of desert areas regarded overcrowding and extremely long waiting lists, which sometimes exceed 12 months and are not capable of dealing with situations of urgency in no less than 15-20 days. The overcrowding of hospitals and the necessity to conduct everything remotely caused by the Covid-19 pandemic have only accentuated the already preoccupying phenomenon: the “anger of those who call the regional toll-free number from their cell phones to make reservations, who after an exhausting wait also see their phone bill drained”, is a situation frequently cited by the different newspaper articles. The very limited number of healthcare facilities in certain areas was a third aspect which was frequently referred to by the analyzed media reports. Entire neighborhoods, including mostly elderly people, are often forced to commute among a thousand inconveniences to reach the nearest general practitioner.

In analyzing the different elements of medical desertification, effective measures were identified within the documents as potential solutions to counter the medical shortage, overcrowding, the long waiting lists, and the lack of health facilities. Most reports viewed the shortage of general practitioners as a consequence of the generalized ageing of the Italian population and of the medical class and an

effect of the recruitment cuts of the past years by choice of the competent Ministries. Serious destabilization and disorganization around the shifts and recruitment procedures of the health personnel was also found as a frequent characteristic of Italian medical facilities. This because most doctors are demotivated by their awareness of having to deal with disorganization, irregular and double shifts, lack of rest, stress, and exhaustion, especially in health emergency situations as the current one being faced.

Among the most pressuring solutions, most media articles referred to the necessity of a new national plan revising the current structure of regional and national healthcare systems, mainly looking at: an internal reorganization of staff to support the departments where the situation is most critical, the inclusion of more interns by revising the curricular program of universities, and a reshaping of the access to medical schools to meet the needs arising from the current shortages. We have identified these solutions as short- and medium-term ones aiming at directly impacting on the issue of medical shortage. Relating instead to the bigger problem of medical desertification across Italy and to all the elements it comprises, other media reports have referred to highly impactful actions that would help in ensuring the presence of primary care physicians and other healthcare professionals in territorial facilities. Increasing health expenditure is a point which is reiterated by almost all of the documents analyzed. The issue is most often in the fact that health expenditure is most of the times not considered as an investment. Rather, it is considered as a current expenditure and its long-term benefits fail to be recognized. Once increased this awareness, strengthening territorial care through proximity care and the use of recently developed tools involving telemedicine, providing for community hospitals and community homes, would decrease the overcrowding of hospital wards and facilitate the bureaucratic and administrative process often hindered by long waiting lists (October 2021 newspaper article entitled “in 630 senza medico «Sindaco e giunta si rivolgano a Roma»”). Among other solutions, incentivizing teamwork and coordination among all relevant healthcare professionals, including doctors, nurses, psychologists, physicians, and social workers was also a frequently cited topic.

Results: the case study of a medical desert - see also Annexes 5 and 6

Based on what emerged from the research and analysis process above described, 2 areas were identified in which to conduct the pilots of the project: Piedimonte Matese in Campania and Avola-Noto in Sicily.

In the preliminary phase of the two pilots, the two local Cittadinanzattiva teams were provided with a detailed guide on all the activities that should have been carried out, in terms of analysis and research of the relevant stakeholders at the local level, with the aim of identify possible/existing policy measures to prevent/mitigate the phenomenon of medical desertification and build consensus.

In addition to the above-mentioned guide, it was also provided another document on how to proceed to interview the identified local stakeholders and to whom to submit the drafted questionnaire. Firstly, have been analysed stakeholders' knowledge and understanding of medical deserts, the challenges they pose, and the mechanisms through which they can be identified and addressed. Secondly, stakeholders' interest in health deserts has been evaluated, taking into account their motivations and perceived impact of medical deserts on their livelihoods.

Then, it has been considered their potential power/ability to influence changes in medical deserts. Lastly, it has been considered the stakeholders position toward the problem related to the existing challenges in medical deserts.

So, as a first step of this phase, the local teams had to conduct an analysis of key stakeholders and key figures at the local level such as patient organizations, health care providers/professionals (e.g., primary care physicians and specialists, paediatricians, nurses, pharmacists, etc.), and other relevant stakeholders/community representatives (such as e.g., the Internal Area contact person, trade unions working in the health sector, directors of health districts/ASLs, etc.) in order to conduct in-depth interviews regarding the issue of medical desertification in their own context and gather experiences, perceptions and measures (possible/existing) to address/prevent the phenomenon as a function of better access to health services/social and health care.

The local teams also conducted an analysis to identify key policy-level figures involved in decision-making at the local level - at different political levels and in different policy areas (e.g., local aldermen, mayors, regional aldermen, and figures representing both majority and opposition groups) – and to conduct in-depth interviews on possible/existing policy measures to prevent/mitigate the phenomenon of medical desertification.

As a last step of the first phase of the activities to be carried out at the local level, a selection of the interviewed stakeholders was then involved in a series of face-to-face meetings (focus groups) in order to arise the most relevant issues about medical desertification in their local context and to build consensus.

In the next phase of the national pilots, two other in person meetings will be organized:

1. a discussion (e.g., working table) between representatives of each stakeholder category and policymakers at the local level to compare and identify the "ideal mix of measures" prioritized to be adopted, taking into account the advantages (the potential benefits to the community) and the inevitable trade-offs (budget constraints related to health spending, sustainability of Regional Health Systems);
2. Cittadinanzattiva's local teams, with the support of Cittadinanzattiva's national office, will organize an ad hoc meeting between representatives of each local reality and national political representatives (e.g., parliamentary commission engaged on the issue, Ministry of Health, a parliamentarian voted in their constituency, etc.) to discuss and select the necessary measures to counter health desertification: from the local level to the national level. In this way, each of the two local realities will bring its "case study" to the attention of national institutions thanks to the facilitation operated by Cittadinanzattiva's national headquarters.

Before proceeding with the description of what has been achieved in the two realities involved for the pilot projects, it is important to point out that, compared to what was initially planned - although there was a desire to proceed in a uniform and parallel manner - it was necessary to adapt the methodology to the two contexts, which present different criticalities and at different levels. However, we believe that this is not a limitation but, rather, provides a more realistic and meaningful picture of the situation in the two areas involved, allowing us to obtain useful and interesting information for the purposes of the project.

Piedimonte Matese (Campania) - see also Annexes 7 and 8

The territory of the Matese Massif consists of a chain of predominantly limestone mountains located between Molise and Campania and four provinces: Benevento, Caserta, Campobasso and Isernia. A large area is protected and recognized as a park. It occupies an area of 33,326.53 hectares, along a northeast-southwest axis that runs from the valleys of the Lete and Sava rivers for about 50 km to the valley of the Tammaro River in the province of Benevento. This alignment is also followed by the main mountains: the Miletto, Gallinola and Mutria Mountains. This influences the climatic characteristics of the territory, which, in the higher areas, represents the last bastion of the continental climate, while the lower areas, exposed to the warm winds coming from the Mediterranean coasts of Campania, are characterized by the presence of Mediterranean landscapes, made up of olive groves, ilex groves, cypress groves and Mediterranean scrub. This geographical proximity of two different climatic areas makes it one of the richest places of biodiversity in the southern Apennines. The richness of the pastures, in particular, has allowed a considerable development of pastoralism, which, together with agriculture and forest exploitation, represented in the past the main source of income of the populations of the area. The Matese Mountains chain represents the first front of the southern Apennines, with the summit of Mount Miletto, located on the Molise side, as the highest peak at 2,050 meters above sea level. But the mountain range is dotted with many other peaks of lesser height (La Gallinola, Mount Mutria, Mount Pranzaturo, etc.), basins and karst lakes such as Lake Matese located at 1,011 meters above sea level, which is the highest karst lake in Italy. There are numerous artificial reservoirs: the Mortine on the Volturno, Lake Gallo, and Lake Letino. The karst territory is, like all such territories, rich in sinkholes, chasms, caves, swallow holes with streams that sink and reappear on the surface, streams that are formed by the numerous drips from the fractures of the rocks. The Matese attracts dozens of cavers every year, committed to exploring and documenting the underground world, and bringing to light worlds that would otherwise remain in darkness. Nearly two hundred caves are known here: among the best known is Campo Braca. But many others are the important caves of the Matese, such as the Cavuto cave in Letino, the Concone delle Rose, the Lupo cave, the Campo Rotondo swallowhole, and many others. Finally, the Pincera swallowhole, which drains water from the plain above the town of Castello del Matese by conveying it directly to the Maretto spring: this underground connection is very important, and its study could explain the frequent episodes of organic pollution of Piedimonte's waters.

The area has therefore been experiencing, for years, the lingering aftermath of a productive decline, which began in the 1970s until the beginning of the new millennium, has also resulted in the significant reduction of old agricultural and pastoral activities and the loss of numerous local identity resources, both material and intangible in nature.

The tendency to move from small municipalities to more serviced and populated centers such as Piedimonte Matese, Alife, etc., is the consequent cause of the social, housing and labour model to which that economic-productive type led. The territory has moved from its original almost exclusively agricultural configuration to one characterized by a greater weight of the tertiary sector. Agriculture still plays a fundamental role in the formation of income; however, it has been affected by a profound renewal, both in terms of cultivation techniques and in terms of new crops: in fact, the weight of some traditional crops (cereals) has decreased, while there has been an increase in the production of olives, grapes and fodder, the latter destined for an ever-increasing livestock population. Notable diffusion has, in particular, the breeding of cattle and dairy buffaloes, and of certain importance at the national level is the production of buffalo mozzarella, which represents a quality production and supply chain. Within the tertiary sector, the incidence of tourism is, in relative terms, still insignificant but has ample

room for growth, given the abundance of attractions (scenic, architectural beauty, etc...) and the recent construction of adequate infrastructure. In addition to Piedimonte Matese, Sessa Aurunca and Teano constitute poles of gravitation.

For the agricultural sector, the factors that negatively affect the development of the sector, which are:

- The predominantly mountainous and impervious territory;
- The climatic characteristics unsuitable for intensive cultivation;
- The lack of accessibility to the land and contextual presence of uncultivated land;
- The abandonment of the sector by young people because it is sacrificed, socially downgraded and above all due to the lack of knowledge of the territory, local specificities and traditional crops;
- The extreme pulverization of agricultural property and lack of the spirit, as well as the culture, of associationism among companies (the lack of established business networks and production chains).

The territory is also distinguished by the considerable extension of the forest area, this heritage is also currently poorly exploited due to, among other things, the lack of homogeneous and unified management between different municipalities.

The territory consists of thirty-one municipalities, divided in 2 mountain communities: Matese (17 municipalities) and Monte Maggiore (14 municipalities) - which are: Piedimonte Matese (lead municipality), Ailano, Alife, Alvignano, Baia Latina, Caiazzo, Caprioli a Volturno, Castel Campagnano, Castel di Sasso, Castello Malese, Ciorlano, Dragoni, Fontegreca, Formicola, Gallo Matese, Gioia Sannitica, Letino, Liberi, Piana di Monte Verna, Pietramelara, Pontelatone, Praia Sannita, Pratella, Raviscanina, Riardo, Roccaromana, Ruviano, S. Angelo d'Alife, San Gregorio Malese, San Potito Sannitico and Valle Agricola.

Among the 17 municipalities of the Matese area, we tried to involve the communities most affected by the phenomenon of medical desertification.

The area of the territory is about 871.11 square kilometers, with a total population of about 68,899 (2021 data); accounting for 6.50 percent of the area of the entire regional territory and 7.57 percent of its population. The population density is about 84.63 per square kilometer, far lower than the provincial value which is about 340 inhabitants per square kilometer and the regional value which is about 408.32 per square kilometer. As in other inner areas of the country, the Massico area of the Matese included in the Caserta slope has suffered a decrease in population, which has been and is particularly significant in some municipalities (Valle Agricola, Letino, Gallo, Liberi, etc...).

The territory of the Caserta ASL is 56.25 percent hilly and the rest flat. The demographic trend of the resident population in the Caserta ASL has had a gradual increase over the years while registering the highest total growth rate in the Campania Region. The population density of the province reaches considerable peaks in some areas and, overall, is the second most densely populated province in the Region. The population ranks among the youngest in the Region with the old-age index (105.9 percent) among the lowest compared to the regional average (117.3 percent). In some districts, such as Health Districts No. 13, 16, 18, 19 and 20, the number of young people is higher than the elderly population. The main Health Services of the ASL of Caserta, are as follows:

A. Health Districts (see following figure),

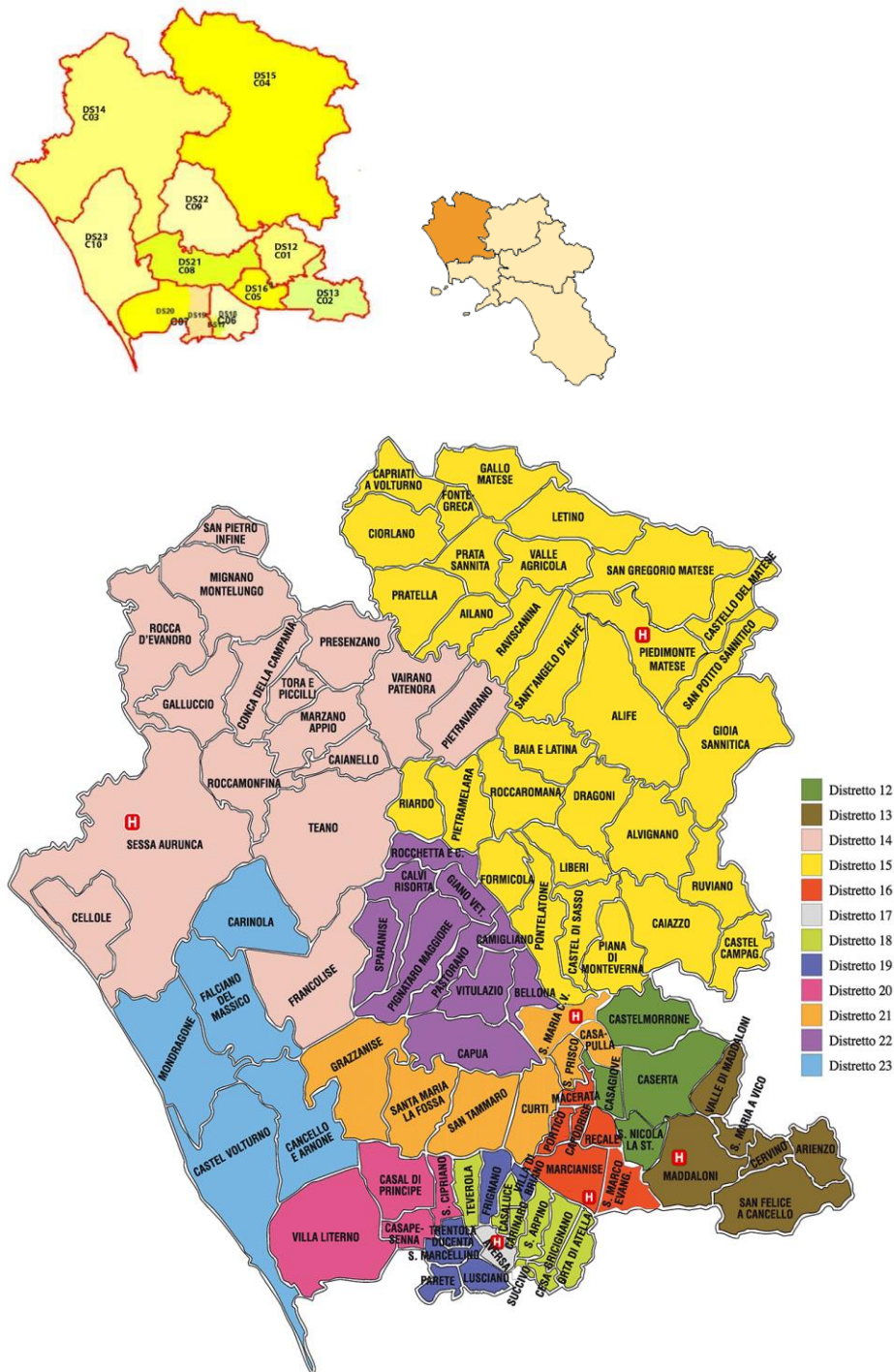


Figure 3. The health districts of the asl of Caserta. Piedimonte Matese correspond to District no. 15.

B. The Hospital Presidiums

These are: the Hospital Presidium of Aversa - Dea I° Level; the Hospital Presidium of Maddaloni/San Felice Cannello - Active First Aid; the Hospital Presidium of Marcianise - Dea I° Level; the Hospital

Presidium of Piedimonte Matese - Active First Aid; the Hospital Presidium of Santa Maria Capua Vetere - Active First Aid; the Hospital Presidium of Sessa Aurunca - Dea I° Level. C.

The Departments of the Health Area: the Department of Pathological Addiction; the Department of Mental Health; the Department of Prevention; the Functional Department of Fragility; the Functional Department of Pharmaceuticals; the Functional Department of Maternal and Child Care; The Functional Department of Medical Area; the Functional Department of the Surgical Area.

The planned Networks for time-dependent diseases are: the IMA Network; the Stroke Network; the Trauma Network; the Pediatric Emergency Network; the Digestive Emergencies Network; the Neonatology network with birth points.

Table 3. Health District n. 15 of Piedimonte Matese

Area: 879,11 Km²- Resident population: 68.899 - Population density: 84,360 inhab/Km²

Health District n. 15	0-14	15-64	> 65	Total	Old-age index	Age Average
	8.269	43.862	16.768	68.899	260,61%	48,87

In the Health District No. 15 of Piedimonte Matese, the main public and/or private operating health facilities are specified below:

A. The Presidio Ospedaliero "AGP" of Piedimonte Matese: with Operating Units and Services with and without beds, for the disciplines, which are:

- 1) Complex Operating Units, of: - Health Management; - General Surgery; - General Medicine; - Orthopedics and Traumatology; - Anesthesia and Intensive Care; - Analytical Laboratory;
- 2) Simple Departmental Operating Units, of:- Oncology; - Obstetrics and Gynecology; - Pediatrics; - Hemodialysis;
- 3) Simple Operating Units, of : - Cardiology and NICU; - Emergency Room with OBI; - Radiology; - Hospital Pharmacy.

B. District Services, which operate through the Operational Units, which are:

- U.O. Public Relations and Socio-Health Office;
- U.O. Primary Health Care with locations in: Piedimonte Matese, Alife and Caiazzo;
- U.O. Maternal and Child Health Care with locations in: Piedimonte Matese, Alife and Caiazzo;
- U.O. Mental Health with locations in: Piedimonte Matese;
- U.O. Collective Prevention with locations in: Piedimonte Matese, Alife and Caiazzo; - U.O. Forensic Medicine ;
- U.O. A.D.I. and Elderly with locations in : Piedimonte Matese , Caiazzo and Alife; - District Pharmacy with headquarters in Piedimonte Matese;
- U.O. of Geriatrics Supradistrict with headquarters in Piedimonte Matese;

- U.O. of Rehabilitation with headquarters in Piedimonte Matese: - Drug Addiction Service with headquarters in Piedimonte Matese;
- U.O. of Veterinary Medicine with headquarters in: Piedimonte Matese, Alignano, Caiazzo; - SAUT-118 with locations in Piedimonte Matese and Caiazzo;
- Continuing Care Units, with locations in: Piedimonte Matese, Ailano, Caiazzo, Dragoni, Fontegreca, Formicola, Riardo.
- C. The Residential Intermediate Care Facility (SIR) with beds.
- D. The Special Permanent Accommodation Unit (SUAP) with beds.
- E. The Mental Health Center (CSM) based in Piedimonte Matese.
- F. The Addiction Service (SER.T) based in Piedimonte Matese.
- G. The Ambito Territoriale Sociale C/04 (social service area).
- H. The Villa dei Pini - Athena Nursing Home, affiliated with the SSR for 60 beds, provides care and services with the Operating Units and Services, by disciplines with and without beds, which are: Surgery, Vascular Surgery, Internal Medicine, Ophthalmology, Orthopedics, Obstetrics and Gynecology, Otolaryngology, Urology, Diabetes Service, Traditional Radiology, CT , MRI, Ultrasound, etc.;
- I. The OASI Center - Elderly and Disabled Neuromotor Rehabilitation Residence.
- L. The Assisted Living Residence for the Elderly, "BAIA DUEMILA," with 24 beds;
- M. The Residential Home "Il gabbiano Jonathan," with 10 beds.

Findings

Overall, 37 local stakeholders were interviewed through the compilation of as many questionnaires.

As originally planned, some of these were subsequently involved in the focus groups which took place during the month of May 2022.

Both from the questionnaires and from the face-to-face meetings, a clear awareness of the problems existing in the Matese area from the health point of view emerged, already emerged during the initial analysis and research process conducted in the first phase of the project.

The major critical issues that emerged from both the questionnaires and the meetings concerned: the serious shortage of professional assistance to deal with primary care, especially related to General Practitioners and Paediatricians. The shortage of health personnel also extends to other types of figures, such as: Obstetricians, Surgeons, Internists, Oncologists, Nephrologists.

At the same time, the great shortage of services for transportation of people with disabilities and of an Integrated Home Care (ADI) service has emerged, mainly due to shortage of staff and special vehicles. The Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) service, which consists of a set of medical, nursing and rehabilitation treatments integrated with social welfare services (personal hygiene, personal care, meal assistance).

In addition, great emphasis was placed on the failure to remodel the classification of Piedimonte Matese Hospital from Pronto Soccorso Attivo (PSA) to Level I Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA).

The active emergency department (PSA), located in acute-care hospitals and, therefore, in the network of hospital departments dedicated to emergency care, represents the point of synthesis between the inpatient and out-of-hospital phases of emergency care, in which to maximize diagnostic and therapeutic responses during critical events.¹¹

Hospitals that are home to active emergency departments (PSA) must possess the following minimum constituent components:

- (a) presence of active on-call in anesthesia-resuscitation, medicine, surgery, obstetrics-gynecology, and pediatrics;
- (b) on-call or on-call presence in cardiology, ortho-trauma, analytical laboratory with blood bank, radiology.¹²

The Department of Emergency Urgency and Acceptance (DEA) represents a functional aggregation of operating units that maintain their own autonomy and clinical-assistance responsibility, but recognize their interdependence by adopting a common code of care behavior, in order to ensure, in connection with the structures operating in the territory, a rapid and complete response. The DEAs pertain to two levels of complexity, based on the operating units that comprise them: level I DEA and level II DEA. The hospital facility based on DEA Level I (spoke) performs all the interventions provided for the hospital based on the emergency department and performs emergency-urgency admission functions for pathologies of greater complexity, with the functions of observation and short hospitalization, resuscitation. At the same time, diagnostic-therapeutic interventions of general medicine, general surgery, orthopaedics and traumatology, cardiology with UTIC (Cardiology Intensive Care Unit) must be guaranteed. Laboratory services of chemical-clinical and microbiological analysis, diagnostic imaging, and transfusion are also ensured.¹³

In addition to what said above, it was pointed out that emergency response times by the Territorial Urgent Care Service (SAUT-118) are unacceptable for users in mountainous municipalities. In fact, it can take as much as 50/70 minutes to reach the municipalities of Alto Matese.

Among the proposals made in response to the findings are: the remodelling of the Hospital's classification from PSA to Level I DEA.

¹¹

[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=11&art.versione=1&art.codiceRedazionale=099R0657&art.dataPubblicazioneGazzetta=2000-01-29&art.idGruppo=0&art.idSottoArticolo=1#:~:text=Il%20pronto%20soccorso%20attivo%20\(PSA,in%20occasione%20di%20eventi%20critici.](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=11&art.versione=1&art.codiceRedazionale=099R0657&art.dataPubblicazioneGazzetta=2000-01-29&art.idGruppo=0&art.idSottoArticolo=1#:~:text=Il%20pronto%20soccorso%20attivo%20(PSA,in%20occasione%20di%20eventi%20critici.)

¹²

<https://www.gazzettaufficiale.it/atto/regioni/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArticolo=23&art.versione=1&art.codiceRedazionale=094R0292&art.dataPubblicazioneGazzetta=1994-06-04&art.idGruppo=5&art.idSottoArticolo=1>

¹³

<https://www.salute.gov.it/portale/prontoSoccorso/dettaglioContenutiProntoSoccorso.jsp?lingua=italiano&id=1190&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto#:~:text=La%20struttura%20ospedaliera%20sede%20di,e%20breve%20degenza%2C%20di%20rianimazione.>

The promotion of Health and Social Services in order to promote the integration of services that are inclusive (also ensuring a psychological support service in schools) and the activation of a shuttle service to enable people to reach the hospital.

Also, the establishment of a proximity Territorial Urgent Care Service (118) for mountain municipalities would be appropriate, in order to drastically cut down the intervention time that can prove crucial in the most serious cases. And, to support interventions in serious emergencies - given also the impervious characteristics of the territory - the activation of H/24 helicopter rescue at the Hospital was also proposed.

In addition, the importance of the presence in mountain municipalities of the Farmacia di comunità e dei servizi (Community Pharmacy and Services) and at least one Casa della Comunità (CdC) was pointed out. The Casa della Comunità (Community House) is the public, proximate and easy-to-find physical place to which the assisted person can access in order to get in touch with the health care system.

Avola - Noto (Sicily)

The Vallo di Noto or Val di Noto was an administrative district that dealt with justice, the treasury, and occasionally the militia of the Kingdom of Sicily from the Norman period to its abolition in 1812. In 2002 some of the cities that were included by the Vallo were recognized by UNESCO as World Heritage Sites. The area included the south-eastern part of Sicily-identified between the provinces of Ragusa, Syracuse, Enna, Caltanissetta and Catania. The area is characterized by the main reliefs consisting of the Iblei Mountains and part of the Erei Mountains. The presence of many torrents and gorges makes the area rather geographically complex, with a geological instability that makes the area at high seismic risk, as demonstrated by the earthquakes of 1542 and 1693. Vegetation, where not related to cultivation, belongs to typical Mediterranean scrub. Because of its historical importance, over time, Noto became a diocese and the seat of the episcopal curia, the theatre, as well as the seat of the prison and the Ospedale, a gift of the Trigona family. Today, as evidence of its historical importance, in addition to its immense architectural, artistic and natural heritage, there remains the enormous territorial extension of the municipality of Noto, which, with its 554.99 km² of surface area, occupies more than a quarter of the province of Syracuse and is the largest municipality in Sicily and the fourth largest in Italy. It is a beautiful and varied territory in which one can admire enormous pastures towards the hills and vineyards, olive groves, almond and citrus groves towards the plain of San Paolo that extends to the border with the municipality of Pachino, as well as wonderful beaches and creeks, most of which are included in the Oriented Reserve of Vendicari. The town of Noto has 23,820 inhabitants and is a national and international tourist destination for thousands of travelers, especially in the summer season.

Avola is a municipality in the province of Syracuse that extends over an area of 74.27 km², with a population of 30 307 inhabitants and a population density of 406.31 inhabitants / km². The city of Avola is characterized by a hexagonal plan and overlooks the Gulf of Noto, on the Ionian coast of eastern Sicily. From 1358, thanks to the presence of the Aragona family, it had a certain demographic and economic awakening which intensified during the 16th and 17th centuries, especially during the lordship of Carlo d'Aragona Tagliavia. On the eve of the great telluric upheavals of 1693, Avola, still perched on the Hyblaean hills, which lie behind the current town, must have had a population of no less than six thousand inhabitants. But in that year, and exactly on 9 and 11 January, a violent earthquake, which almost destroyed the entirely Val di Noto and numerous other urban centers of eastern Sicily (including Noto, Syracuse and Catania), forced the surviving population to move to the

large coast below, eight kilometers away, and to re-establish Avola in the place where before there was only an extensive and deserted plain overlooking the sea. So that Avola from a mountain village, was transformed (due to the earthquake) into a city plain maritime. Known and appreciated in particular for the fine wine that is produced in these areas, Nero d'Avola, and for the famous "pizzuta" almond from Avola, the city also offers its visitors numerous attractions of tourist and cultural interest, as well as to an enchanting sea.

In this huge territory, the area identified for the conduct of one of the two local pilot projects corresponds to the Southeast area that includes the municipalities of Noto, Avola, Rosolini, Pachino and Portopalo, which are part of Health District No. 8 of the Azienda Sanitaria Provinciale (Provincial Health Agency) - ASP of Syracuse. This area has a population of about 100,000 people, which doubles in the summer months. The entire district of the southeastern area pivots on the U.O. Avola/Noto hospital presidium, DEA of I° level, and the Umberto I° hospital presidium of Syracuse, dea of I° level to which the entire piedmont area refers (Buccheri, Cassaro, Ferla, Palazzolo Acreide, Sortino, Solarino, Floridaia, Cassibile, Canicattini Bagni, Priolo Gargallo and the city of Syracuse itself).

The territory of the ASP of Syracuse is divided into four basic health districts:

- 1) Syracuse District, comprising the municipalities of Syracuse, Canicattini, Floridaia, Solarino, Priolo, Sortino, Palazzolo, Buccheri, Buscemi, Cassaro and Ferla;
- 2) Augusta District, comprising the municipalities of Augusta and Melilli;
- 3) Noto District, comprising the municipalities of Noto, Avola, Pachino, Portopalo and Rosolini;
- 4) Lentini District, comprising the municipalities of Lentini, Carlentini and Francofonte.

Territory health care is planned by the Health Departments and is delivered and managed through the Basic Health Districts.

The National Health Plan defines them as an organizational-functional articulation aimed at achieving a high level of integration between the various services that deliver health care services and between them and social welfare services, so as to enable a coordinated and continuous response to the health needs of the population.

Within the health districts, in application of the Sicilian health reform (L. 5/2009) the PTAs (Presidi Territoriali di Assistenza) operate through which the provision of integrated social-health services is guaranteed to all citizens.

In the territory of ASP 8, 6 PTAs are identified, four functional in Syracuse, Palazzolo, Pachino and Lentini and 2 structural in Noto and Augusta. The PTAs represent the privileged access point to the territorial network, are equipped with or connected to the Single Reservation Center, and guarantee services in the areas of:

- 1) Primary care (reception, basic and specialized health services)
- 2) Social and health services integrated with social services
- 3) Services for children and families with social and health problems
- 4) Mental health services and Sert

Within primary care there are:

- 1) The UTAPs (Territorial Primary Care Units) with the important function of continuity of care;

2) The home care services

3) The specialist diagnostic services with outpatient clinics equipped for minor emergency surgery.

Crucial hub is the PUA (Single Point of Access) that provides up-to-date information regarding the various opportunities. A PPI (Point of First Intervention) is established within each PTA and is expected to act as a filter so as to reduce access to the emergency department for non-serious cases, the so-called white and green codes. The First Aid Point would provide for an opening during the 12 hours during the day and is managed by both employees and family physicians and pediatricians aggregated in association.



Figure 4. Territorial map of the ASP n.8 of Syracuse

Findings

A total of 27 local stakeholders were interviewed by completing the same number of questionnaires. And, as initially expected, some of these were subsequently involved in the meetings held in May 2022.

All five municipalities in the southern area were involved in the project, although it should be noted that the greatest response to the issue was most felt by the municipality of Noto, the question of the fate of the reunited Avola/Noto hospital being at the center of numerous citizen protests.

Indeed, the gradual dismantling of entire wards of the Trigona Hospital of Noto, in the face of the failure to reorganize the hospital network as provided for by the law of re-functionalization, which should have had in the garrison of Noto the post-acute center, with the adjustment and strengthening of the related departments with annexed Territorial Assistance Presidium (PTA), has been, to date, totally disregarded by the competent authorities, to the detriment of the entire area concerned.

The Territorial Assistance Presidiums (PTAs) represent a new model of diagnosis and treatment, designed on the basis of the demands for health services expressed by the target area. They represent

a kind of conjunction between the services guaranteed by the Basic Districts and those of the Hospital Presidia.

It is important to emphasize that the reunited Avola/Noto hospital, catalogued as a first-level DEA by the Regional Health Councillor, should serve not only all the users of the southern area, but, also, in the summer months, also the many tourists staying in the resort areas of the individual municipalities. At present, the situation of health services in the area is, however, totally insufficient and precarious, and the reunited Avola/Noto hospital is a first-level DEA in name only, since at the Triglona of Noto, post-acute wards have never been allocated and the emergency room does service from 8 am to 8 pm. This dysfunction creates aberrant consequences, since the hospital is intended for post-acute care, with only one acute department remaining operational, that is Orthopedics, any red code could not be addressed in Noto, since the Noto Emergency Department is not equipped with surgery or other departments capable of dealing with emergency interventions, while the night-time red code interventions must necessarily be directed to the Avola Emergency Department and if, in the event, the patient is diagnosed with an orthopedic trauma, he should be immediately transferred back to Noto, where, however, he could not subsequently perform a long hospital stay or rehabilitation therapy. The situation worsened further with the opening of the gynecology and obstetrics department at the "G. di Maria" hospital in Avola, with only 4 beds which resulted in (news made official a couple of days ago) the suspension of the obstetrics and gynecology department of the Umberto I ° of Syracuse due to a lack of doctors, since, at present, the pregnant women in the district of the southern area can only count on 4 beds. Soon also the Orthopedics department present at Triglona di Noto will be transferred to Avola, with the consequent risk that the Triglona hospital will turn into an empty box and all this on the threshold of the summer season. There are numerous cases of inefficiency reported by users due to the clogging of the Avola Emergency Department, insufficient to guarantee emergencies throughout the district with numerous cases of migration to other hospitals. The municipalities of Pachino, Portopalo and Rosolini can count on a medical guard and medical ambulance for emergencies and all refer to the Avola / Noto hospital as the closest and most easily accessible hospital. To date, near the summer season, it is not known if and how many medical guards will be activated in the bathing areas due to the shortage of healthcare personnel.

In this complex context, the stakeholders interviewed through the completion of the questionnaires were chosen on the basis of their social and professional activities carried out in the area, in order to have as complete a view as possible regarding the critical health issues encountered.

Responding to the questionnaires were: majority and opposition city councillors, representatives of Patronages, Doctors, Pharmacists, Biologists, Representatives of Civic and Patient Associations. From the context analysis, there is no asymmetry of judgment among the interviewees, and what emerged from the interviews was also endorsed during the in-person meetings held during the month of May. The following are emphasized in the main: the long waiting times to get a specialist visit, the lack of emergency services (Emergency Department), the lack of attention to the economically fragile who forgo treatment because they are unable to go to Public Health Facilities, the accusation against the Policy as a whole that has failed to implement and improve the public health service at the local level.

The structural and functional shortcomings of the Health Agencies are also highlighted (lack of diagnostic equipment, shortage of medical and nursing personnel both in the territorial clinics and in the Hospitals).

Another negative aspect that is pointed out is that relating to passive mobility outside the province and outside the region (in particular, the wealthiest citizens prefer to migrate to Healthcare Facilities in Northern Italy). All this entails a rather onerous cost on the part of local health authorities, and of

the regional administration in general, as they are forced to remunerate extra-regional centres of excellence with consequent financial impoverishment of investments in favour of health facilities present in their territorial context.

In addition to the above, during the two meetings held in May, the desire to involve as many associations as possible from the other municipalities in the southern area emerged, in order to create a real civic network that carries out an informative and informative work on the matter of the phenomenon of sanitary desertification and to build greater civic consensus and awareness of the gravity of the situation.

Furthermore, the desire to create a civic observatory on this issue was highlighted, with the aim of communicating more efficiently and effectively with local institutions.

Policy recommendations

In this phase of the project, it is not yet possible to formulate conclusions and policy recommendations because these will be formulated and discussed in the phase of consensus building sessions.

Annex 1a: National context

National Context - ITALY				
	Most recent data	Year of most recent data	Change in last 5 years (+/-/=): 2015	Source URL
Social Context				
Population (total)	59 236 213	13/07/1905	60,665,551	http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=en&QueryId=18460&metadata=DCIS_POPRES1
Population density (people per square km2)	196	2021	201	https://www.istat.it/it/files/2015/08/ItaliaInCifre2015It.pdf
Population distribution (% of people living in rural vs urban area)	"Rural areas" or "Sparsely populated areas" Municipalities 63.8 (%), Area 60.9 (%), Population 17.0 (%), Density 56 "Cities" or "Densely populated areas" Municipalities 3.2 (%), Area 6.2 (%), Population 35.3 (%), Density 1.143	2019	NA	https://www.istat.it/it/files//2020/12/C01.pdf
Net migration	1 485 297	2019	1 284 201	http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=en&QueryId=19748&metadata=DCIS_MIGRAZIONI
Political Context				

Current political system	Parliamentary Republic	N/A	Please state most recent previous system:	Italy has been a democratic republic since 2 June 1946, when the monarchy was abolished by popular referendum and a constituent assembly was elected to draft a constitution, which was promulgated on 1 January 1948.
Existing policies related to equity in healthcare and access to health services (at national and/or local level)?			N/A	The Italian National Health Service (SSN) is a system of structures and services that aim to guarantee all citizens, under equal conditions, universal access to the equitable provision of health services.
Economic Context				
GDP (total)	1.886 trillion USD	2020	1,836 trillion USD (https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD?locations=IT)	https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD?locations=IT
GDP (annual growth)	-8.90%	2020	0,778 (https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD?locations=IT)	https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD?locations=IT
GDP per capita (USD)	31.676,20 USD	2020	30,230,226 (https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD?locations=IT)	https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD?locations=IT
Technological Context				

Access to internet (% coverage)	79	2020	66.2	http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=en&QueryId=22994&metadata=DCCV_ICT
% of people with smartphones	NA			
Digital skills/literacy (% of persons in a particular age group or qualitative description)	In 2018 in Italy the share of young people between 20 and 29 years old with a tertiary level qualification in technical-scientific disciplines (STEM - Science, Technology, Engineering and Mathematics) was equal to 15.1 per thousand. The gap persists between males (18.0) and females (12.1).	2018		http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=en&QueryId=22998&metadata=DCCV_ICT
Environmental Context				
What would you consider to be the most used mode of transportation to access health care facilities in the country	<input checked="" type="checkbox"/> Private car	2019		https://www.istat.it/it/files/2020/05/spostamenti-sul-territorio_2019.pdf
	<input type="checkbox"/> Public transport			
	<input type="checkbox"/> Bicycle			
	<input type="checkbox"/> Walking			
	Other (please specify)			

<p>Please briefly explain any landscape or transportation challenges related to access to healthcare services for the medical deserts identified</p>	<p>Before the entry into force of the contagion containment measures linked to the Covid-19 emergency which, in fact, prohibited the possibility of moving throughout the national territory except in situations of absolute necessity, the habits of mobility of the population they were clearly very different from both today. Buses and trams were used at least once in 2019 by around 13 million people, a quarter of the population aged 14 and over (24.6%). Above all, this is a habitual use: about 3 million people used public transport every day and the same number of people used them at least a few times during the week. It is a service used mainly in metropolitan areas, in the Central and Northwest regions. In 2019, more than 17 million people aged 14 and over traveled by train. It is mainly an occasional use: most, over 13 million, traveled by train only a few times during the year, while about 900,000 people used it every day and just under 1 million a few times a week. . The private vehicle is by far the most used: 36 million people aged 18 and over used their car at least once during 2019, 2 out of 3 people used it every day. Such systematic use is especially characteristic of the smaller municipalities and regions of the Center. The incidence is highest in Umbria where around 500,000 people used cars every day, over 60% of residents. No data are available only relating to the achievement of health facilities.</p>	<p>2019</p>	<p>N/A</p>	<p>https://www.istat.it/it/files/2020/05/spostamenti-sul-territorio_2019.pdf</p>
--	--	-------------	------------	--

Annex 1b: health system

Health Systems Context				
	Most recent data	Year of most recent data	Change in last 5 years (+/-/=): 2015	Source, year
Health Status and Disease Rates				
Life expectancy at birth	Total: 82.1	2020	Total: 82.6 (2017), 82.9 (2018), 83.2 (2019)	http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=it&QueryId=18462
	Men: 79.8		Men: 80.5 (2017), 80.8 (2018), 81.1 (2019)	
	Women: 84.5		Women: 84.9 (2017), 85.2 (2018), 85.4 (2019)	
Under-5 mortality rate (per 1000 live births)	3.1	2019	3.5	https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=IT
Infant mortality rate (per 1000 live births)	2.4	2019	2.9	https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_minfind/default/table?lang=en
Top 5 causes of death	COVID -19	2020 https://www.statista.com/statistics/1109344/main-causes-of-deaths-in-italy/	1. diseases of the circulatory system	http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=en&QueryId=26399 http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=en&QueryId=26399#
	Cerebrovascular disorders		2 neoplasms (malignant neoplasms, ischaemic heart diseases, cerebrovascular diseases, other heart diseases)	
	Other cardiovascular disorders		3. diseases of the respiratory system	
	Other diseases of the circulatory system		4. other diseases of the circulatory system (of which other ischaemic heart diseases, of which malignant neoplasm of trachea, bronchus, lung)	

	Other ischaemic heart disease		5. endocrine, nutritional and metabolic diseases	
Top 5 causes of death and disability combined (DALYS)	1.diseases of the circulatory system	2018	1.diseases of the circulatory system	http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=en&QueryId=26442&metadata=DCIS_CM ORTEM#
	2.neoplasms		2. neoplasms	
	3.diseases of the respiratory system		3.diseases of the respiratory system	
	4.diseases of the nervous system and the sense organs		4.endocrine, nutritional and metabolic diseases	
	5.endocrine, nutritional and metabolic diseases		5.diseases of the nervous system and the sense organs	
Covid-19 (number of cases per 100,000 population)	<u>296</u>	Last 7 days	N/A	https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/italy-covid-cases.html
Unmet health care needs for medical examination or treatment (%)	29,9%	2014		https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_medical_examination_or_treatment
Healthcare expenditure and benefits				
Health spending as % of GDP	9,7 %	2020	8,86%	https://www.macrotrends.net/countries/ITA/italy/healthcare-spending
Total health spending per capita (PPP)	3,624.08	2018	2,676	https://www.macrotrends.net/countries/ITA/italy/healthcare-spending

Health spending per sector of health care (eg. primary care)	Curative care or rehabilitative care: 54 % Long-term care: 10,6 % Ancillary services: 8,1% Medical goods: 20,9 % Preventive care: 4,7 % Governance and health system and financing administration: 1,6% Other health care services: 0	2019	Curative or rehabilitative care: 54.9% Pharmaceutical products and other medical equipment) : 20,8 % Ancillary services: 6 245 Long term care: 9 002 Ambulatory care 33 958 (http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=29023&lang=en)	https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure_by_function
Out of pocket spending on health care per capita (Current \$US)	703.76	2018	627,888	https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.PC.CD?locations=IT
What health services are in/excluded in the basic health benefit package (e.g. drugs, outpatient care, inpatient care, emergency care, diagnostic care, dental/vision/hearing care, nursing/GP services, specialty care, pregnancy/child birth care)	<p>Included: free primary care inpatient carehealth screenings visit to a family doctor or pediatrician treatment in a public hospital childbirth</p> <p>Excluded: dental care medication and prescribed medication</p>	2022	N/A	https://www.internations.org/go/moving-to-italy/healthcare
Health system structure				

Type of health system (Bismarck /Beveridge /National Health Insurance/Out-of-pocket model)	Beveridge Model		N/A	
Public				
Total:	48.8	2019	https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=&id=5451&area=statisticheSSN&menu=vuoto	https://www.statista.com/statistics/866772/distribution-of-healthcare-expenditure-by-type-of-financing-in-italy/
GP:	42,428	2020	44 655	http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=it&QueryId=34541#
Ambulatory Care:	83,8% (day hospital); 76,2% (day surgery)	2019	https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=&id=5451&area=statisticheSSN&menu=vuoto	
Hospital beds	187,010	2019	194,487	https://www.statista.com/statistics/557293/hospital-beds-in-italy/
Private				https://www.istat.it/en/archivio/201949
Total:	51.2	2019	https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=&id=5451&area=statisticheSSN&menu=vuoto	
GP:	NA		NA	
Ambulatory Care:	NA		NA	

Hospital beds	21.4	2019	https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=&id=5451&area=statisticheSSN&menu=vuoto	
Decentralized or centralized governance	Decentralized	2016	N/A	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4697307/
Who makes the decisions regarding policy? What is decided at the local/national and EU level?	The Ministry of Health and the Ministry of Finance, regional decision-making	2016		https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4697307/
Which health professionals are included in primary (basic) healthcare services? (e.g. general practitioners, obstetricians, physician assistants, midwives, nurses, pharmacists, dentists, etc).	Primary care physicians and pediatricians, physician assistants, midwives, nurses.	2020	N/A	https://www.doctorsinitaly.com/healthcare-in-italy/
Gatekeeping role of primary care (yes/no)	Yes		N/A	

Annex 2: literature review – 15 articles analysed

1.

Study: title	“AAA in Italia cercasi medici disperatamente”
Study: link	https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2019/04/Focus-Osservasalute-su-medici-del-SSN-con-loghi-18.04.2019-DEF.pdf
Typology of source:	University/research center (Università Cattolica del Sacro Cuore).
Study: domain of science	Public health; patients’ right to access to care
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> Analyze and make predictions about how the current number of doctors will decrease in the next years. Bring to attention the dramatic data on the shortage of doctors that will be experienced in the next 15 years (of the 56 thousand doctors that the National Health Service will lose in the next 15 years, it will be replaced only 75%, meaning 42 thousand).
Concepts (labels)	Shortage of doctors and of healthcare personnel (Carenza di medici e di personale sanitario)
Definition(s)	"Reduction in the number of the personnel employed" (riduzione del numero del personale dipendente)
Geographical area(s) (location)	Italy
Year(s) referred by data	The study was conducted in 2019 and refers to the situation between now and the next 15 years (projections of the Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane - National Observatory on Health in Italian Regions).
Alternative concepts used in the text	Rather than talking about medical deserts, the authors refer to the shortage of doctors and healthcare professionals that various Italian regions are experiencing, especially in rural areas such as most of Southern Italy.

What data do they use, from where they get it	The study is based on data from the Ministry of Education, University and Research (Miur) and the Ministry of Health, and the projections were made by researchers at the National Observatory on Health in Italian Regions.
What methodology they employ	The National Observatory on Health in Italian Regions, directed by Professor Ricciardi, with the scientific direction of Dr. Alessandro Solipaca, has developed a prediction model to estimate how many doctors and specialists Italy will have available in the coming years.
How they construct the index(es) for desertification	The data are constructed on the basis of both those of the Ministry of Education, University and Research (Miur) and the Ministry of Health, while others also refer to the four-year period 2013-2016, published by the Annual Account of the General Accounting Office of the State (Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato).
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	<p>The study relates several concepts to each other. It first shows how to replace the 56 thousand doctors in 15 years will necessarily require 13 thousand and 500 enrollments in medical degree programs.</p> <p>In addition, it discusses the turnover in healthcare spending nationwide, which over the past 15 years has mostly affected the NHS employees.</p>
General comments	The paper is very recent and interesting in showing how much the situation can worsen if nothing is done to tackle the issue of the shortage of healthcare figures.

2.

Study: title	Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica Chapter: "La sanità e il nuovo Patto della salute" pg.22-27
Study: link	http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5380690.pdf
Typology of source:	Institutional source (Corte dei Conti , Italian Supreme Audit Institution)
Study: domain of science	Territorial assistance
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Analyze the unresolved nodes of the NHS and point the finger at the shortcomings of territorial assistance.</i> • <i>Foresee the challenges that will be faced in the future on the theme of healthcare and the lack of territorial assistance.</i> • <i>Highlight how an adequate network of assistance on the territory is the only means of defense to quickly address and contain phenomena such as the current pandemic that we are fighting which further exacerbates the phenomenon of medical desertification.</i>
Concepts (labels)	"differences in the quality of services offered in different areas of the country" (differenze nella qualità dei servizi offerti nelle diverse aree del Paese); "lack of personnel" (carenza di personale); "inadequacy of territorial assistance" (insufficienze dell'assistenza territoriale)
Definition(s)	All three refer to many of the aspects of medical deserts, which is still an unknown concept in the Italian context, that bring to health disparities: <ul style="list-style-type: none"> • Shortage of healthcare personnel • Insufficient health services • Lack of territorial assistance especially in underserved areas
Geographical area(s) (location)	Italy
Year(s) referred by data	The Report traces the changes that have occurred since the financial crisis at the beginning of the decade and arrives at the current health emergency situation.

Alternative concepts used in the text	"limitations in planning for needed professional resources" (limiti nella programmazione delle risorse professionali necessarie); "shortages of specialist staff" (carenze di personale specialistico); "reduction in the number of doctors" (flessione dei medici)
What data do they use, from where they get it	All data are collected and analyzed by the Italian <i>Corte dei Conti</i> (Court of Audit), which has consultative, review, and jurisdictional functions and whose control activities work to ensure the proper management of public expenditures.
What methodology they employ	Not defined
How they construct the index(es) for desertification	Not defined
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	No, they do not.
General comments	The lack of territorial assistance which brings to the phenomenon of territorial desertification is analyzed through a financial aspect, which is also fundamental in tracing out the issues of shortage of healthcare personnel, of insufficient health services and of health inequalities among areas.

3.

Study: title	Strategy for Inner Areas: Italy
Study: link	https://enrd.ec.europa.eu/sites/default/files/tg_smart-villages_case-study_it.pdf
Typology of source:	EU institutional source of information: European Network for Rural Development , established in 2008 by the European Commission, Directorate-General for Agriculture and Rural Development (DG AGRI).
Study: domain of science	Lack of healthcare services
Main objective of the study	To explain Italy's integrated policy called the National Strategy for Inner Areas (NSIA) designed to tackle inner areas in Italy.
Concepts (labels)	Low access to services; Inner Areas
Definition(s)	"Italy's Inner Areas are rural areas characterized by their distance from the main service centers (education, health and mobility)"
Geographical area(s) (location)	Italy
Year(s) referred by data	2014-2020 is the programming period of the strategy
Alternative concepts used in the text	In the Italian context, the concept of medical desert is unknown but is defined indirectly through the issue of inner areas and their relation to health, low access to services, etc.
What data do they use, from where they get it	The latest Italian Census and Farm Accountancy Data Network has provided data on the spread of inner areas in Italy.
What methodology they employ	The local strategy is designed using a standardized procedure which involves local actors, starting with draft ideas, moving to a preliminary strategy and ending with the final approval and formal agreement by all the main actors. The strategy is formalized by a framework agreement, signed by all national, regional and local authorities involved. In the first two steps,

	<p>the contribution of local innovators is facilitated by means of focus groups and scouting activities organized by the National Committee for Inner Areas. Focus groups are also organized by the National Committee, in collaboration with regions and local territories. On average, they last for three hours and follow a standard methodology:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 sessions on: local development, healthcare services, education, transport services; • 16 speakers: 3 local actors + 1 expert from relevant Ministry for each session.
How they construct the index(es) for desertification	<p>The national strategy is based on four main innovations, which seek to develop and improve participatory processes in rural areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parallel improvements in services (mainly through national policy) and investments in selected development factors (involving EU funds). • A national dimension and multilevel governance (National Administrations – Regions – municipalities and inter municipality cooperation together). • Multi-fund approach (EAFRD, ERDF, ESF, EMMF together with National Funds). • Participatory approach to local development
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	No other concepts are discussed. They focus on Italy's inner areas and on strategies to improve them only.
General comments	The study successfully outlines the strategy employed to tackle the issue of inner areas. A higher degree of implementation is yet to be reached, which will probably be addressed by a more updated new study.

4.

Study: title	Associazionismo e Attuazione - I comuni alla prova della realizzazione della Strategia nazionale per le aree interne
Study: link	http://www.formez.it/sites/default/files/associazionismo_e_attuazione_def .pdf
Typology of source:	National institution source of information: Formez PA is an in house to the Presidenza del Consiglio - Department of Public Administration.
Study: domain of science	Association and collaboration between municipal administrations to fight low access to services
Main objective of the study	<p>The focus of this investigation is to deepen the understanding of the ways in which the municipal administrations of the internal areas have faced the challenge of implementing their strategy, that is, the implementation of the many development projects identified and planned. It will answer to the following questions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • How the system of association agreements approved by municipalities has evolved • How have the municipalities of the project areas involved in the "National Strategy for Inner Areas and New Institutional Assets" (NSIA) organized themselves to manage the implementation phase of the strategy? • What effect has the push for associationism had on strengthening, first and foremost, the ability of municipalities to plan and implement area strategies? • What are the models of interrelationships to be built between the various institutional levels for effective governance?
Concepts (labels)	Inner Areas
Definition(s)	The NSIA defines inner areas as “rural areas characterized by their distance from the main service centers (education, health and mobility)”.
Geographical area(s) (location)	Italy
Year(s) referred by data	The analysis began in April 2020, in agreement with the Department for Cohesion Policies and the involvement of the Agency for Territorial Cohesion, it was carried out during the first phase of the health emergency in Italy and is still ongoing.

Alternative concepts used in the text	In the Italian context, the concept of medical desert is unknown but is defined indirectly through the issue of inner areas and their relation to health, low access to services, lack of healthcare personnel, etc.
What data do they use, from where they get it	The study begins from the monitoring activities of the project implemented by Formez PA, "The National Strategy for Inner Areas and the New Institutional Assets", promoted by the Department of Public Administration, on the evolution of the associated managements started for the eligibility to the NSIA and on the governance models designed by the municipalities to implement the strategic interventions of the areas that have signed the relevant Framework Program Agreements (FPA - Accordi di programma quadro - APQ), which to date are 47 and, in particular, of those in which the implementation has started at least a year ago. To date, 13 areas have been monitored, and the report refers to 12 of them.
What methodology they employ	<p>The survey was developed through a qualitative approach articulated in two phases.</p> <p>The first phase involved the analysis of the available documentary material (FPA, strategy, conventions) that provided the empirical basis for reconstructing a synoptic picture of the specific characteristics of the associative process and the structuring of the governance process of the implementation phase.</p> <p>The second phase was carried out through in-depth online interviews with privileged witnesses involved in the operational construction of the permanent inter-municipal system and in the implementation phase of the strategy. Municipalities, unions, mountain communities and inter-municipal associations, regions and autonomous provinces, local action groups, local development agencies, schools, universities, park authorities, foundations, are just some of the actors of the public-private network involved in area strategies.</p>
How they construct the index(es) for desertification	The analysis examines in depth the ways in which the municipal administrations of the inner areas have faced the challenge of implementing their strategy, that is, the implementation of the many development projects identified and planned. The challenge involves the implementation of a plurality of interrelated interventions, involving almost all levels of Italian public administration, in different sectors and areas, governed by the Framework Programme Agreement (FPA).
Do they use the index for studying the relation with	No other concepts and issues are tackled other than inner areas.

other concepts? Which concepts? What are the findings?	
General comments	The study demonstrates what is being done to tackle the phenomenon of inner areas related to health and shows how stable intermunicipal systems can facilitate the implementation of the NSIA. It is very detailed and is successful in showing the common elements between the concept of “inner areas” and the one of “medical desertification”.

5.

Study: title	“I processi di digitalizzazione nelle aree interne”
Study: link	http://www.formez.it/sites/default/files/i_processi_di_digitalizzazione_nelle_ai-.pdf
Typology of source:	National institution source of information: Formez PA is an in house to the Presidenza del Consiglio – Department of Public Administration.
Study: domain of science	Digitization to combat lack of health services
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> • To examine the issue of associated management of ICT services in inner areas. • To examine, for the inner areas that have begun the implementation phase of their strategy, all the interventions and projects that conceive digitization actions, both in the public and private spheres, related to the "associative requirement" and the areas of action envisaged by the NSIA. • To offer a picture of the evolution of public administration services, of the priorities that lead to the achievement of the associative requirement, of the understanding, approach and concreteness of administrators and officials in the path that leads to the objectives of innovation to be pursued.
Concepts (labels)	Inner Areas
Definition(s)	The NSIA defines inner areas as “rural areas characterized by their distance from the main service centers (education, health and mobility)”.
Geographical area(s) (location)	Italy
Year(s) referred by data	The analysis began in April 2020, in agreement with the Department for Cohesion Policies and the involvement of the Agency for Territorial Cohesion and was carried out during the first phase of the health emergency in Italy.
Alternative concepts used in the text	No other concepts are used besides “inner areas”. In this document, the issue of inner areas is related to the health sector.
What data do they use, from	The data used are from the 25 areas that in April 2020 signed the relevant Framework Program Agreements (FPAs) of the project "The National Strategy for Internal Areas and the New Institutional Assets".

where they get it	
What methodology they employ	<p>An initial analysis was conducted on the areas (25 areas with 360 municipalities involved and a total population of over 700,000 inhabitants) that had signed the FPA in April 2020, analyzing all the project sheets containing interventions of digitalization and computerization, with further focus on the processes dedicated to ICT.</p> <p>The first phase of the survey was conducted on the 10 areas that have specific agreements for the associated management of functions/services in the ICT sphere in relation to the association prerequisite provided for in the NSIA. Therefore, information was gathered on the characteristics of the individual agreements, then appropriately recoded on the dimensions of analytical interest. On these areas it has been detected also the presence of project interventions in the project sheets attached to the Strategy to support the associative path of the municipalities of the area and possible interventions to strengthen the territorial digital infrastructure and reduce the digital divide, actions mainly developed on a regional agreement plan.</p> <p>In the second phase, for all 25 areas considered, the information gathering was carried out on the project sheets attached to the Strategy according to the conceptual dimensions defined by the working group, aimed at intercepting all those interventions that in a more or less direct way foresee within them paths of digitization and computerization for implementation.</p>
How they construct the index(es) for desertification	<p>The analysis was carried out by following the indexes of the interventions foreseen for essential services (school, health and mobility) and those for local development (active protection of the territory and local communities, enhancement of natural and cultural resources and sustainable tourism, agro-food systems, local renewable energy chains, know-how and crafts).</p>
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	<p>The digitization of inner areas has covered several areas of intervention: social-health, education-training, mobility, governance and control of the territory, tourism and local promotion, economic development and production, digital infrastructure of the territory, energy efficiency.</p>
General comments	<p>Giving a digital character to the study of inner areas and medical deserts is extremely interesting and should be further developed and examined. The study gives an insight on what has been and is still being done in social-health areas. On the 20 inner areas that have been analyzed, 29 initiatives linked to the social-health sector have been carried out.</p>

6.

Study: title	“The Italian NHS in Lombardy and Veneto: near but far”
Study: link	https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11739-021-02754-4.pdf
Typology of source:	National institutional source of information: Italian Society of Internal Medicine (SIMI) .
Study: domain of science	Public health; Italian National Health Service (NHS); Primary care services
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> To highlight the ongoing transformation of the Italian National Health Service (NHS) into uneven regional health services (RHSs) by discussing about primary healthcare services in Veneto and Lombardy, two regions of Northern Italy.
Concepts (labels)	uneven regional health services (RHSs); lack of primary care services; unevenly scattered facilities; acute hospitals that do not adequately meet safety and quality standards.
Definition(s)	<p>It is relevant to define how the Italian RHSs are organized and structured.</p> <p>The RHS is divided into nine local health authorities (AULSS), headed by general managers appointed at the regional level. AULSSs manage all the healthcare services delivered within their territory. The only exceptions are three autonomous hospital trusts (AO), of which two include the biggest hospitals in the region and the third one is specialized in oncology. The territory of each AULSS is subdivided in 26 districts, operational units that should organize the existing primary care services delivered in the community through public or private accredited facilities. The vast majority of central bodies have been merged in a single agency (Azienda Zero), which is responsible for AULSSs’ funding, planning, accounting, auditing and job posting.</p>
Geographical area(s) (location)	Northern Italy: Lombardy and Veneto
Year(s) referred by data	The study analyzes the transformation of the Italian NHS that has been ongoing since 1992 into a more decentralized system made of RHSs.

	The data pointed out refer to the current Italian NHS' structure in 2020-2021.
Alternative concepts used in the text	<p>Since the term 'medical desertification' is still not well-developed in the Italian context, the phenomenon is described through similar terms that refer to the conditions of medical deserts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uneven regional health services (RHSs) • lack of primary care services • acute hospitals that do not adequately meet safety and quality standards
What data do they use, from where they get it	The data pointed out in the article come from a study conducted by the Società Italiana di Medicina Interna (SIMI) on the organization and management of healthcare services in Italy, with particular reference to the organizational frameworks of the RHSs in Lombardy and Veneto.
What methodology they employ	Not defined
How they construct the index(es) for desertification	Not defined
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	Data are used only to analyze and describe the structure of the Italian RHSs.
General comments	The document gives a thorough overview of how the Italian NHS is today organized and structured. It is a very useful reading that helps to understand the issues present in the Italian healthcare system and thus to enable the reader to start approaching the issue of medical deserts in the Italian context.

7.

Study: title	"Can healthcare policy and technology heal rural-urban divides?"
Study: link	https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/fe6385cd-en.pdf?expires=1630650836&id=id&accname=guest&checksum=9892DBB473AC4C9EA9373FBEDE9ED6E6
Typology of source:	Research center: The OECD Observer online archive is the online library of the Organisation for Economic Cooperation and Development.
Study: domain of science	Telehealth; telemedicine; patient-centered healthcare; rural-urban divide
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> • To illustrate and express concern about the already expansive gap between country and city communities regarding healthcare services. • To analyze the increasing role of technology in the healthcare sector as a solution to decrease healthcare inequalities. • To point out to the projects involving telehealth services and telemedicine that several countries have put in place with the aim of decreasing the rural-urban divide and reducing healthcare inequalities.
Concepts (labels)	<p>The main new concepts worth defining that are used in the text are rural disparity and telehealth.</p> <p>The term "medical deserts" is also explicitly expressed.</p>
Definition(s)	<p>The term "rural disparity" refers to the "uneven divide between country and city communities, where small-town communities have less access to healthcare than their urban counterparts and poorer health outcomes, one reason being the limited numbers of healthcare providers".</p> <p>The term "telehealth" is a combination of the terms "healthcare policy and technology" and refers to the introduction of technology as an answer to healthcare inequality.</p> <p>The term "medical deserts" refers to "territories, usually rural communities and regional towns, where inhabitants lack proper access to healthcare and do not have the same care quality as citizens in other territories, usually cities".</p>
Geographical area(s) (location)	The paper does not refer to specific locations but analyzes the rural-urban divide across the whole world, with particular reference to US's small towns such as Arkansas, EU regions, such

	as Bavaria, and EU countries such as France. The UK and India are also nominated.
Year(s) referred by data	The article refers first to 2016, when the rural-urban divide first became evident during the elections in the US, Brexit and the French regional elections and goes up to 2018, when the paper was published.
Alternative concepts used in the text	<p>Besides the term “medical deserts”, the article refers to other concepts that describe well the medical desertification across the world. The article uses concepts such as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Less access to healthcare • Poorer health outcomes • Healthcare inequality • Scarce number of doctors and scarce public services. • Limited numbers of healthcare providers • “Sense of abandonment and resentment as people are forced to travel far to get the same care quality as city citizens”
What data do they use, from where they get it	The data are produced by OECD’s experts with a concise and authoritative analysis, which is however not specified in the text.
What methodology they employ	Not defined
How they construct the index(es) for desertification	Not defined
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	The medical desertification indexes are used only to analyze the rural-urban divide worldwide and to demonstrate how telemedicine can help decrease healthcare inequalities.
General comments	The approach of telemedicine to decrease healthcare inequalities between cities and rural communities is very innovative and relevant. The study successfully provides an insight of the current health disparity across countries and demonstrates the telehealth projects countries have been adopting to tackle the phenomenon of medical deserts.

8.

Study: title	“Does distance matter? Geographical variation in GP out-of-hours service use: an observational study”
Study: link	https://bjgp.org/content/bjgp/58/552/471.full.pdf
Typology of source:	University/research center (University of Southampton, School of Nursing & Midwifery).
Study: domain of science	general practice; health services accessibility; out-of-hours medical care; rural health; GP-led cooperatives.
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> To examine the effects of distance and rurality on rates of out-of-hours service use.
Concepts (labels)	“Geographical variation in GP out-of-hours service use”
Definition(s)	The “geographical variation in GP out-of-hours service use” looks at geography as a key determinant of access to care since distance and rurality may present barriers of cost, time, and inconvenience for patients consulting their GP out of hours.
Geographical area(s) (location)	The study was conducted in Devon, England, with a population base of nearly 1 million patients, because it provided a range of different geographical area types, including major cities (Plymouth and Exeter), and accessible rural and remote rural areas.
Year(s) referred by data	2003-2004
Alternative concepts used in the text	Rather than explicitly talking about medical deserts, the authors refer to the “barriers of cost, time, and inconvenience in accessing primary care” and to the “fragmented services, quality, and increasing costs of provision” in Devon, England.
What data do they use, from where they get it	<p>The observational study was a geographical analysis based on two types of routinely collected data:</p> <ul style="list-style-type: none"> Individual-level service activity data: telephone calls received by the service in June (n = 14 482) and December (n = 19 747) 2003. These months represent summer and winter activity and include a major bank

	<p>holiday period. Anonymized details of calls included the patients' age and sex, date and time of call, postcode, and 'call outcome' (describing how patients were managed, commonly by primary care center attendance, GP telephone advice, or home visit).</p> <ul style="list-style-type: none"> • area-level data for Devon: measures of deprivation, distance, and rurality were matched to patient activity data where patients' postcode was complete (92% of calls).
What methodology they employ	<p>A straight-line distance measured patients' proximity to the primary care center. At the area level, rurality was measured by the Office for National Statistics Rural and Urban Classification (2004) for output areas, and deprivation by The Index of Multiple Deprivation (2004).</p> <p>To go more into detail, the Index of Multiple Deprivation 2004 of super output areas (SOAs) (ID2004) was used to create quintiles of deprivation by dividing the population of SOAs in Devon (not national quintiles). The straight-line distance from patients' addresses to their nearest open primary care center, based on time and the day of the week of their call, was calculated. The cut-off points for the quintiles are: first (nearest), 0–2.1 km; second, 2.2–3.7 km; third, 3.8–5.3 km; fourth, 5.4–9.9 km; and fifth (furthest), ≥10 km. Rurality was measured by the Office for National Statistics (ONS) Rural and Urban Area Classification (2004) for output areas (OAs). Each OA is classified by the following four settlement types: urban; small town and fringe; village; hamlets and isolated dwellings. Each is allocated to either a 'sparse' or 'less sparse' context, giving eight categories.</p>
How they construct the index(es) for desertification	<p>The delivery and organization of out-of-hours services raises concerns about access (for example, patients are often required to be seen at primary care centers). This is the first study to present rates of out-of-hours calls by deprivation, distance, and rurality. Geographical barriers appear to be important in patients' use of out-of-hours services.</p>
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	<p>No, they do not.</p>

General comments	<p>The study shows the strong evidence of distance and rurality effects on out-of-hours service use, demonstrating how patients who lived at greater distances or in rural areas had lower call rates to the services. The study was primarily aimed at investigating geographic effects on health service use rather than socioeconomic one.</p>
------------------	---

9.

Study: title	“Spatial barriers as moral failings: What rural distance can teach us about women’s health and medical mistrust author names and affiliations”
Study: link	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7391386/pdf/main.pdf
Typology of source:	University/research center (University of Minnesota Medical School)
Study: domain of science	Rural women's health; medical mistrust; rural healthcare deserts; access to care
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> • To bring together geography, health policy, and ethnographic methods to demonstrate how distance can represent an expansive and illuminating concept for rural women, in the context of rural healthcare access rather than a primary spatial barrier to accessing care. • To present qualitative research conducted with 51 women in a rural region of the U.S. and reveal an interpretation of barriers to rural healthcare as moral failings rather than as purely spatial or operational challenges. • To explore health policy-makers’ interpretation of rural distance alongside rural women’s lived experiences of distance in the urgent context of rural U.S. health care deserts in order to gain a more multidimensional understanding of the distance between a woman’s community and a health care provider.
Concepts (labels)	rural healthcare deserts; artificial provider deserts; rural women’s health
Definition(s)	<p>“Rural healthcare deserts” are defined in the study as “U.S. counties without hospitals or providers, which result from narrowing Medicare reimbursements, large shares of patients lacking high-paying private insurance, physician shortages, health system consolidation, and demographic changes”.</p> <p>“Artificial provider deserts” are referred to as “areas where providers practice but are not included in certain insurance carrier networks”.</p> <p>Concerning “rural women’s health”, the focus of the paper is mainly on maternal and obstetrical deserts.</p>
Geographical area(s) (location)	United States: Northeastern Minnesota
Year(s) referred by data	Interviews were conducted between September 2017 and September 2019.
Alternative concepts used in the text	The concept of “rural healthcare deserts” used throughout the study is analogous to that of “medical deserts”. Other concepts used that relate

	to the phenomenon of medical desertification are “limited healthcare services”, “long distances to access health care”, “rural health inequities”.
What data do they use, from where they get it	<p>This analysis is based upon data collected by the University between 2017 and 2019 as part of mixed-methods and ethnographic research on rural access to justice in the upper Midwest.</p> <p>The research draws on qualitative interviews with 51 rural women across northeastern Minnesota.</p>
What methodology they employ	<p>Interviewees were recruited via a mixed-methods, non-probability sampling approach in which researchers employed purposive expert sampling in conjunction with respondent-driven sampling, a chain referral method that enables researchers to locate “hard-to-reach” populations or small subsets.</p> <p>In-depth, one-on-one interviews were conducted by the PI in whatever site the participant specified, most often offices and community centers, and lasted between 45 and 90 min. The PI prefaced each interview by discussing her positionality and motivations for conducting the research, then gave the participant time to ask questions and discuss interview procedures and the consent form. The PI utilized a semi-structured interview guide with open-ended questions designed to elicit participants’ understandings and experiences of injustice. Questions also explored the socio-spatial aspects of participants’ experiences, including the extent to which local geographies, social networks, norms and values compounded or helped mitigate their problems. Finally, participants were invited to describe in their own words what effect their problems had on their lives and what ideas they had for improving or creating local services and supports.</p>
How they construct the index(es) for desertification	The primary inclusion criteria for the interviews were: residency in northeastern Minnesota; age 18 or older; and expertise in rurality and/or access to justice.
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	No, they do not. Indexes were used only to interpret the impact of rural distance on healthcare access for rural women.
General comments	The findings of the analysis introduce new interpretations of barriers to rural health care that exceed purely spatial or operational challenges in the context of growing rural health care deserts and gives voice to an often-invisible group, namely rural women. The results show that rural distance is not always the main cause for healthcare deserts and that women at times travel even farther distances to access “better” care owing to medical mistrust. This mistrust largely emerges in response to policies that aim to mitigate rural health care deserts.

10.

Study: title	“Distance travelled to hospital for emergency laparotomy and the effect of travel time on mortality: cohort study”
Study: link	https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/30/5/397.full.pdf
Typology of source:	University/research center (Department of Anaesthesia, University College London Hospitals NHS Foundation Trust)
Study: domain of science	Timely access to care; distance; emergency laparotomy; mortality; public health
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> • To evaluate whether distance and estimated travel time to hospital for patients undergoing emergency laparotomy is associated with postoperative mortality. • To describe the distribution of distance to hospital in the population undergoing emergency laparotomy and analyze how hospital and patient characteristics vary by distance travelled. • To investigate the relationship between travel time to hospital and risk of mortality.
Concepts (labels)	<p>Basic concepts referring to access to care may be used as reference when talking about medical deserts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distance from hospital and health services • Timely access to care
Definition(s)	
Geographical area(s) (location)	Data were collected from 171 National Health Service hospitals in England and Wales.
Year(s) referred by data	2013-2016
Alternative concepts used in the text	
What data do they use, from where they get it	<p>The study used data from the National Emergency Laparotomy Audit (NELA). NELA is a prospective national audit that collects data from all National Health Service (NHS) hospitals in England and Wales that perform emergency abdominal surgery.</p> <p>Participants were 22 772 adult patients undergoing emergency surgery on the gastrointestinal tract between December 2013 and November 2016.</p>

What methodology they employ	<p>The observational study was performed through secondary analysis of NELA data. The findings were reported according to the “Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology” statement.</p> <p>To express the distance between patients’ homes and hospitals, the study calculated road travel time using aggregated patient home location as the start point and hospital postcode as the endpoint.</p>
How they construct the index(es) for desertification	<p>NELA intends to include all patients aged 18 or older with an NHS number who require an unplanned abdominal procedure on the gastrointestinal tract, excluding trauma laparotomies and procedures principally conducted to treat vascular, gynecological or renal tract pathology.</p> <p>The University then aimed to identify NELA participants for whom they could estimate travel time to hospital, whose emergency surgical pathology was likely to have been the reason for their hospital presentation and of sufficient urgency to be potentially affected by a travel delay.</p> <p>Researchers therefore excluded the following patients: those who had surgery in hospitals not accepting emergency general surgical admissions; those who had an emergency laparotomy as a result of a complication after elective surgery on the same hospital admission; those who were admitted for more than 2days prior to their emergency laparotomy; and/ or those who did not require surgery within 6hours of the decision to operate (as recorded at the time of booking on the NELA online case report form).</p>
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	<p>Separate analysis of NELA data has found interhospital variation in adjusted mortality, which can in part be explained by differences in care processes, associated structures, and hospital characteristics. Recent work has also identified the presence of an emergency department as the single biggest risk factor for cancellation of planned inpatient surgery that may waste resources and cause harm or distress to patients.</p>
General comments	<p>The study did not find a significant relationship between distance and mortality. The study is useful in demonstrating how hospitals could be reconfigured into network arrangements without substantially impacting on the distance travelled to care. The main potential benefit of the centralization of emergency services is the concentration of care in specialist centers to improve quality and outcome.</p>

11.

Study: title	"Hospitals in rural or remote areas: An exploratory review of policies in 8 high-income countries"
Study: link	https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0168851016301270?token=33EBA5AFE4011A527B0E012FC793385D7D03FE673DC8675C85F7F1D47EB5E0EFFCA464FFF23904A12D4C7ACC040D08D2&originRegion=eu-west-1&originCreation=20210903122958
Typology of source:	Study conducted by professors from different universities/research centers (European Observatory on Health Systems and Policies, McMaster University, Bocconi University, Università Cattolica del Sacro Cuore, etc.)
Study: domain of science	Rural hospitals; Rural health services; emergency services in rural areas; public health; primary care
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> To explore whether any specific policies on hospitals in rural or remote areas are in place, and, if not, how countries make sure that the population in remote or rural areas has access to acute inpatient services.
Concepts (labels)	Low access to hospitals in rural or remote areas; problematic access to emergency services; medical deserts
Definition(s)	The concept of "medical desert" is used in the study and refers to it as a "particular health policy problem in countries with vast geographical distances and low population density".
Geographical area(s) (location)	The study reviewed policies in 8 high-income countries: Australia, Canada, United States, Italy, Spain, United Kingdom, Croatia, and Estonia.
Year(s) referred by data	2015
Alternative concepts used in the text	The geographical distance between rural or remote areas and hospitals is a relevant term that is strictly connected to the reason of inequities in access and underutilization of emergency hospital services among populations in rural or remote areas.
What data do they use, from where they get it	In order to review the policies of pertinent high-income countries with regard to hospitals in remote or rural areas, researchers contacted key experts in a selection of 8 countries in Europe, North America and Australasia, drawing on the networks of the European Observatory on Health Systems and Policies, including the Health Systems and Policy Monitor .
What methodology they employ	<p>The experts were chosen on the basis of their previous experience and publication record with regard to health systems and policies in their countries, as well as their track record in responding quickly to requests for information and, where applicable, their proficiency in English.</p> <p>Countries were selected on the basis of geography, population density and the existence of ongoing reforms of hospital systems. The country correspondents were asked to provide a description of their countries with regard to policies and practices</p>

	on hospitals in rural or remote areas. They explored whether any national or sub-national policies on hospitals in rural or remote areas were in place, how countries made sure that the population in remote or rural areas has access to acute inpatient services, and how emergency functions were divided between different types of hospitals.
How they construct the index(es) for desertification	Information was collected in March 2015 and responses were received from all selected countries. The country reports were based on a review of national and sub-national policy and legislative documents, as well as academic literature on the respective country, using MEDLINE and Google Scholar and the search terms “remote” OR “rural” AND “hospital”, in combination with the country names. Findings were summarized using a narrative synthesis approach.
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	<p>The indexes were relevant in delineating a number of possible avenues for health policy action:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drawing up appropriate national or sub-national policies in line with the administrative set-up of the health systems. • Ensuring the financial sustainability of small hospitals in rural or remote areas. • Recruiting and retaining health workers in rural or remote hospitals. • Transport to more specialized services is also key in countries with dispersed populations.
General comments	It is interesting how, as the study highlights, Italy was the only country that had drawn up a national policy on hospitals in rural or remote areas. In Italy’s decentralized health system there are national guidelines that particularly target the problem of inpatient acute services in remote areas. The main concern in Italy however is to close small hospitals, strengthen emergency transport services and develop sub-acute residential care in rural and mountain areas. Finally, the development of telemedicine promises to enhance access to care and prevent unnecessary hospitalizations is also necessary.

12.

Study: title	"Catchments of general practice in different countries – a literature review"
Study: link	https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1476-072X-13-32.pdf
Typology of source:	University/research center (Discipline of Public Health, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Nursing & Health Sciences, Flinders University).
Study: domain of science	General practice catchment areas; primary healthcare; health reform; access to health services
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> To review the current research and literature on catchment areas of private general practices in different developed countries over the past 25 years in order to find out: How are GP catchments described and in what context? What indicators and measures are used in the description of catchments? What relationships between the health seeking behavior of patients and GP catchments are studied in different countries? What relationships between the concept of a GP catchment and public health policy issues are studied in different countries? To highlight a wide range of diversity in the literature as to how GP catchments can be described, the indicators and measures used to frame the scale of catchments.
Concepts (labels)	GP catchments; equity of access to primary health care services
Definition(s)	The term "GP catchment" means "a geographical area around the general practice that includes the client population which accesses its services". GP catchments describe the distribution, composition and profile of patients who access a general practitioner or a general practice (i.e. a site or facility comprising one or more general practitioners). Therefore, GP catchments provide important information into the geographic variation of access rates, utilization of services and health outcomes by all of the population or different population groups in a defined area or aggregated area.
Geographical area(s) (location)	This review has examined studies in relation to GP catchments from a range of developed countries, mainly referring to studies in the UK.
Year(s) referred by data	There were four literature reviews, one from 2004, one from 2005, one from 2007, and one from 2012.

Alternative concepts used in the text	The review does not refer to the phenomenon of medical desertification but focuses on the research of GP catchments and on general practice. In this review, the term general practitioner and general practice are used throughout and include other similar used terms in different countries such as physician (not specialist physician as in the US), family physician and doctor.
What data do they use, from where they get it	The background to this review originated from the development of case studies, using empirical data, of the catchments of private general practices in Australia, based on the model of the Practice Health Atlas.
What methodology they employ	The search strategy was conducted in four stages. The first stage was a pilot stage, with a search of the database of the International Journal of Health Geographics (IJHG), which is a journal known to publish many peer-reviewed articles within the theoretical framework. The second stage of the search strategy was conducted through MEDLINE, using the databases of Web of Knowledge and PubMed. Google Scholar was used after the other searches were complete. The third stage of the search process involved a quality audit, based on feedback received from independent reviewers. This process identified a number of relevant papers, where the term “general practice” or variation was not contained in the title, but where the context of the paper related substantially to one or more of the aims of this paper. A total of 102 peer reviewed papers were identified as relevant to the review. The fourth stage involved an analysis of the title and abstract of each of the papers.
How they construct the index(es) for desertification	<p>The filters used for the search strategy were:</p> <ul style="list-style-type: none"> • General practitioners and accessibility and catchments (N = 42 results); • General practitioners and accessibility and spatial accessibility (N = 14 results); • General practitioners and accessibility and GIS (N = 14 results); • General practitioners and GIS (N = 35 results); • Accessibility and catchments in primary health (N = 156 results); • Access and physician market areas (N = 95 results); • General practitioners and accessibility and markets (N = 21 results).
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	The goals of the literature review were to: conduct a literature review of peer reviewed papers (titles or abstracts) with any mention of GP catchments in relation to primary health care; identify from title or abstract, key words in relation to the term

	GP catchment that could facilitate further narrowing of the search; to synthesize the articles into several broad themes in relation to the aims of the review. The indexes were not used for any other studies other than this.
General comments	As the article explains, “understanding the catchment profiles of individual GP surgeries is important if governments are serious about patient choice being a key part of proposed primary health reforms. Future health planning should incorporate models of GP catchments as planning tools to assist policies on the allocation of resources so that opportunities for good health outcomes for all groups within society, especially those who have been systematically denied equitable access, are maximized”.

13.

Study: title	“Telemedicine for Chronic Heart Failure: An Update”
Study: link	https://pdfs.semanticscholar.org/1b43/46286a8aedd5d114a63083e8589859fe3776.pdf
Typology of source:	University/research center (Strasbourg University Hospitals).
Study: domain of science	Telemedicine; telemonitoring; telemedicine 2.0; chronic disease; chronic heart failure
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> To review the literature on telemedicine for chronic heart failure (CHF), with a particular focus on non-invasive HF telemonitoring and French HF telemedicine projects.
Concepts (labels)	Medical deserts; telemedicine; telemedicine 2.0
Definition(s)	<p>The term “medical deserts” is used according to their definition as “territories where inhabitants lack proper access to healthcare”.</p> <p>Telemedicine is defined as “Provision of remote patient care and consultation using telecommunication technologies”.</p> <p>Telemedicine 2.0 refers instead to the “use of “Web 2.0” technologies in health/medicine care or in telemedicine”.</p>
Geographical area(s) (location)	The study primarily focuses on the telemedicine projects that are currently being developed in France.
Year(s) referred by data	Review of the articles published and the projects carried out between 2000 and 2018
Alternative concepts used in the text	<p>Different terms refer to many of the aspects of medical deserts:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medical shortage Poor access to medical care Scarce prevention and follow-up
What data do they use, from where they get it	A literature search was performed on the PubMed database of the US National Library of Medicine and on Google Scholar. Researchers searched for articles published between January 2010 and April 2018, using the following keywords or associations: “chronic heart failure”, “telemedicine”, “telemonitoring”, “telemedicine in chronic heart failure”, and “telemonitoring in chronic heart failure”. Information and data collected from international meetings were also used, as was information from commercial sites on the Web. Moreover, only completed telemedicine projects meeting rigorous clinical evaluation, e.g., using evidence-based medicine criteria or criteria usually used for clinical trials, were included in this work.
What methodology they employ	All English and French abstracts were reviewed by at least two senior researchers from the working group on telemedicine in chronic diseases at the University Hospital of Strasbourg (France). After rigorous selection, only 30 papers were included in the review and analyzed.

How they construct the index(es) for desertification	Not defined
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	No, they do not.
General comments	This is a short narrative review of the literature pertaining to telemedicine projects developed in the field of chronic heart failure (CHF), with particular focus on non-invasive telemonitoring projects including the French ones. The paper shows the big role technology plays in improving the healthcare system.

14.

Study: title	“Understanding the Spatial-Related Abstraction of Public Health Impact Goals and Measures: Illustrated by the Example of the Austrian Action Plan on Women’s Health”
Study: link	https://www.mdpi.com/2071-1050/13/2/773
Typology of source:	University/research center (Institute of Spatial Planning, Environmental Planning and Land Rearrangement, University of Natural Resources and Life Sciences, Vienna)
Study: domain of science	space–health nexus; women’s health; access to care; public health policies; health provisions
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> • To discuss whether and to what extent the interdisciplinary discussion of health policy impact goals and measures, including the expertise of spatial planning, generates merit for evidence-informed health policy with a focus on the target group of older women. The paper uses as an example the Austrian Action Plan on Women’s Health (AAPWH). • To discuss the need for and the merit of inter-sectoral collaboration between the public health and spatial planning sectors for the purpose of alleviating health inequalities. • To fill a knowledge gap in Austria by raising the awareness about the relevance of the spatial dimension in defining impact goals and measures and providing recommendations to spatial planning scholars who are interested in, or rather already engaged in, inter-sectoral collaboration and issues of public health.
Concepts (labels)	Unequal opportunities of access to infrastructure; scarce socio-medical services and poor accessibility of services and facilities in rural areas.
Definition(s)	<p>All the terms combined make up what we consider to be basic characteristics of medical deserts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unequal opportunities of access to infrastructure • Insufficient health services • Scarce socio-medical services • Poor accessibility of services and facilities in rural areas.
Geographical area(s) (location)	Austria
Year(s) referred by data	2018

Alternative concepts used in the text	Retention of doctors; health disparities
What data do they use, from where they get it	<p>The research gathered the opinion of those experts who joined in with the whole discussion process on impact goals and measures for women in old age. The selection criterion was defined as presence in at least two out of the three workshops organized by the expert group on “Women in Old Age”. Twelve experts met the selection criteria and were contacted by e-mail. Six out of twelve could be recruited for an interview. The questionnaire was sent out to all experts by e-mail a few days prior to the interview to give them the opportunity to prepare for it. The interviews took place between January and March 2018. To meet the preferences of the interviewees, the interviews took place either at their workplaces, by telephone or in external locations such as cafés.</p> <p>Since saturation had not yet been reached, the author decided to increase the sample size. Finally, two more national public health experts were interviewed in May 2018. One of them was invited to the expert group on “Women in Old Age”, too, but did not attend the workshops; the other expert held and still holds a relevant position in the AAPWH development and implementation process. For these two interviews the same catalogue of guiding questions was applied as for the first wave of interviews. The author of this paper pursued the strategy to recruit as many members of the expert group on “Women in Old Age” as possible for interviews. However, this was challenging since some of the experts were on maternity leave or had since retired. Finally, seven expert judgements were available for further analysis.</p>
What methodology they employ	<p>This is a qualitative, retrospective and descriptive research applying a mixed-methods approach and a retrospective multi-perspective reflection on the opportunities and limits of anchoring spatial aspects of women’s health using the example of the Action Plan on Women’s Health (AAPWH). The study consists of a theme-centered document analysis of the AAPWH and semi-structured expert interviews with members of the expert group on “Women in Old Age”, which was a series of discussions on impact goals and measures in the areas of health protection and health promotion of older women.</p>
How they construct the index(es) for desertification	<p>The research’s procedure was developed in three phases:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Development of an Analysis Grid for the Document Analysis of the AAPWH • Document Analysis of the AAPWH

	<ul style="list-style-type: none"> • Expert Judgement
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	<p>The aim of the survey and of the indexes set forth was to identify the key arguments of the experts:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identify the reasons for the degree of spatial abstraction of the AAPHW's impact goals and measures for the target group of "Women in Old Age". • grasp the interviewed experts' perceptions of spatial planning experts as dialogue partners in the context of public health issues. • explore the limitations of implementing profession-specific knowledge and spatial-related empirical evidence in strategic policy papers.
General comments	<p>The study shows how much the need for a closer cooperation of public health and spatial planning is necessary. This comprehensive and holistic approach to health issues that relates space to health, in particular when talking about how green spaces can improve the maintenance of health, is fundamental especially in a period like this, where the discussion of climate change and demographic ageing is becoming more and more urgent.</p>

15.

Study: title	"Focus On: Distance from home to emergency care"
Study: link	https://www.health.org.uk/publications/qualitywatch-focus-on-distance-from-home-to-emergency-care
Typology of source:	Research center: QualityWatch is a Nuffield Trust and Health Foundation major research programme providing independent scrutiny into how the quality of health and social care is changing over time.
Study: domain of science	Access to emergency hospital care; public health; home-to-hospital distance; emergency treatment
Main objective of the study	<ul style="list-style-type: none"> To examine the typical distances from home that people travel to receive emergency care, and how this has changed over time.
Concepts (labels)	Distance from A&E hospital department; accessibility of hospital emergency services
Definition(s)	The report discusses about a key aspect of the phenomenon of "medical deserts" without explicitly referring to it: the distance between a person's home and the hospital of their emergency admission. Living in peripheral or rural areas is challenging for those who need to urgently access primary care services in a situation of emergency.
Geographical area(s) (location)	England
Year(s) referred by data	From 2001/02 to 2011/12.
Alternative concepts used in the text	The reading rather than focusing on medical deserts, discusses about the difficulty of accessing primary care for those who live in rural areas which are more distant from the center, where all the hospitals and A&E departments are.
What data do they use, from where they get it	The report explores the distances between a person's home and the hospital at which they attended A&E, or received an emergency inpatient admission, using the national inpatient dataset on hospital use – Hospital Episode Statistics (HES) – collected by the Health and Social Care Information Centre (HSCIC). These data record information on every hospital admission that occurs in an NHS hospital in England. They include information about the hospital site at which treatment was received and the patient's area of residence in terms of the 32,482 Census category 'Lower Super Output Areas' (LSOAs). These are small areas of around 1,500 people, which are often used for presenting administrative

	<p>data. Crucially, they are small enough to provide useful information on where an event happened, but large enough to protect the identity of the individual. The NHS Connecting for Health National Administrative Codes Service (NACS) provided the site code and postcode for all NHS sites in England – those currently open and historical sites. Emergency admissions and A&E attendances for which the hospital postcode or LSOA of the patient's home could not be identified were excluded.</p>
What methodology they employ	<p>For this report, attendances at a major A&E department in 2011/12, and emergency inpatient admissions to NHS hospitals in England between 2001/02 and 2011/12, were examined. In addition to analyzing all emergency admissions, two specific subsets of admissions were identified related to certain conditions: stroke and trauma. Each inpatient episode contains between one and 14 diagnosis codes, which use the codes from the 10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems to record morbidities related to the admission. Admissions following trauma were identified using codes between 'S01' and 'T14', and stroke admissions were identified by codes between 'I60' and 'I69', or by codes 'G45' or 'R470'. Additionally, admissions following road traffic accidents were identified using codes between 'V01' and 'V99', or by code 'Y850'. Episodes were grouped into spells using a combination of the following fields: HES person ID, provider code, provider spell number, admission method, patient classification, administrative category, and admission date. Where one or more episode indicated stroke or trauma, the whole spell was considered to be associated with the condition. We assumed that patients had travelled to hospital from their home.</p> <p>The postcode of each NHS site and the LSOAs (used as an approximation of a person's home location) allowed a simple straight-line distance to be calculated by applying Pythagoras' theorem to the appropriate values for each emergency admission.</p>
How they construct the index(es) for desertification	Not defined
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	No, they do not.
General comments	This report provides a different perspective from the other studies that focus on the negative impact of distance on individuals who live in rural areas and far away from the

	<p>main hospitals and A&E departments. Actually, this research concludes that on average, the distance between a person's home and the hospital at which they receive an emergency admission is around 30% shorter than the distance that they are prepared to travel for other trips, such as travelling to work, education, shopping or leisure, demonstrating that distance is not the most urgent factor to address to tackle the phenomenon of "medical deserts".</p>
--	--

Annex 3: Quantitative data collected for Italian context, with specific data for the female population

Please note, due to the size of the database, it is not possible to showcase the entire data without breaking it down into several pages, which increases difficulty in following the rows. Therefore the following excel extract must be read using the zoom feature. A full excel file can be provided upon request.

[illegible]

venerdì 15 ottobre

corriereadriatic
o.it

Pediatria, si accende la battaglia per il personale: «Il servizio sia attivo tutto il giorno»

FABRIANO - Dopo il presidio di protesta di sabato all' **ospedale** Profili di Fabriano per chiedere il ripristino del reparto di Pediatria, oggi ridotto ad attività ambulatoriale con 12 ore di servizio al giorno dal lunedì al venerdì, il caso arriverà in Consiglio Regionale, con un'interrogazione della consigliera del Movimento 5 Stelle, Simona Lupini. Sull'argomento è intervenuto anche il capogruppo regionale di Fratelli d'Italia, Carlo Ciccio, che se la prende con la precedente giunta regionale. «Fabriano e il suo **ospedale** hanno pagato un prezzo altissimo alle scellerate scelte del governo di centrosinistra della Regione, con l'ex presidente Luca Ceriscioli. L'esempio del declassamento del reparto di Pediatria del Profili ridotto, oggi, ad ambulatorio, è emblematico di come la sinistra non abbia tenuto in debita considerazione la sanità dell'entroterra» l'attacco di Ciccio. «A seguito della chiusura del Punto nascita non era consequenziale il declassamento del reparto di Pediatria. Se per il Punto nascita ci si poteva nascondere dietro i freddi numeri previsti dal decreto Balduzzi, per Pediatria ciò non è vero - afferma Ciccio - Noi vogliamo porre rimedio a tutte le scelte del centrosinistra anche in materia di riequilibrio

sanitario. Va in questa direzione l'accelerazione per quel che riguarda la costruzione della nuova palazzina antisismica che ospiterà 4 sale operatorie e che, di fatto, farà del Profili di Fabriano uno polo di eccellenza nelle discipline chirurgiche. In più cercheremo di fare il possibile, in conferenza Stato-Regioni, per superare il decreto Balduzzi o far comprendere come un Punto nascita attivo nell' **ospedale** di Fabriano sia necessario, o almeno una struttura unica decentrata con l' **ospedale** di Jesi. Per Pediatria - conclude il capogruppo Fdi - la carenza generale di personale **medico** e infermieristico a livello nazionale certamente non aiuta, ma ci si sta lavorando. Non mancherà l'impegno per restituire a Fabriano la sua centralità anche in ambito sanitario». Sulla vicenda pone l'attenzione anche la consigliera M5S, Simona Lupini. «La protesta dei cittadini è assolutamente giustificata: un orario del genere crea tanti problemi alle famiglie. I genitori sono costretti a spostarsi verso Jesi o in Umbria, e ciò va avanti da troppo tempo. Bisogna riportare il prima possibile la copertura del servizio a 24 ore, e per farlo serve nuovo personale. Sembra ci sia una disponibilità di ore per l'assunzione di uno specialista ambulatoriale», sottolinea la consigliera Lupini, vicepresidente della Commissione Sanità e Politiche sociali, che ribadisce anche l'impegno per il Punto nascita. «La gravidanza non è soltanto un'equipe di professionisti che ti aiuta nel momento del parto: è un processo lungo e complesso, tanto più in tempi Covid. Essere vicini ai propri cari, venire seguiti da assistenti sociali e specialisti, ricevere supporto psicologico durante la gravidanza e dopo il parto, poter avere risposte tempestive ai bisogni dei propri figli sono diritti inalienabili



Oliveto Citra, ambulanze senza medico: salute a rischio

L' allarme lanciato dal sindaco Carmine Pignata e dagli utenti: «Gravi ritardi nei soccorsi, così l' Alto Sele non viene tutelato»

OLIVETO CITRA - «Senza **medico** a bordo delle ambulanze, le aree interne sono private del diritto alla salute ». Non usa mezzi termini il **medico** e sindaco di Oliveto Citra, Carmine Pignata , che **denuncia** quanto da tempo segnalano i cittadini del cratere in merito alle postazioni delle ambulanze del 118 site nei comuni di Oliveto Citra, Buccino e Serre che per ben 14 turni al mese, su ogni postazione, si registra la non presenza del **medico** a bordo dell' ambulanza. Una situazione allarmante divenuta insostenibile per gli utenti che vivono nelle aree distanti dai centri maggiori delle città della Piana del Sele e da Salerno dove sono presenti ospedali come quello di Battipaglia e il "Ruggi" di Salerno, dotati di reparti ospedalieri attrezzati per ogni tipo di emergenza. L' area del cratere e gli Alburni possono contare sulla presenza di tre presidi ospedalieri vicini: il San Francesco di Oliveto, il Maria Addolorata di Eboli e l' **ospedale** Curto di Polla. Presidi ospedalieri che servono un bacino di utenza che spazia dall' Alto Medio Sele al Tanagro fino agli Alburni, oltre a parte dell' Irpinia, il Vallo di Diano e una fetta della Piana del Sele. L' emergenza territoriale è garantita dalle ambulanze del 118 appoggiate ai Saut di Oliveto Citra, Buccino

e Serre. Le tre postazioni coprono i comprensori dell' Alto Medio Sele, del Tanagro e degli Alburni che se pure non sono ad alta densità abitativa, si compongono di paesi medio-piccoli distanti tra loro. Paesi collegati da una viabilità disastrosa dove la presenza di un Saut territoriali funzionante e quella di ambulanze (con **medico** a bordo) del 118 sono essenziali per salvare la vita ai cittadini. Eppure, sta capitando di frequente nelle ultime settimane, sul luogo dell' emergenza si presenta un' ambulanza senza il **medico** a bordo. Ciò genera dei gravi ritardi nei soccorsi che possono influire sul destino del paziente e sulla sua possibilità di salvarsi la vita. «Non si può parlare di politica delle aree interne, di equilibrio di demografico e di sviluppo - dice Pignata- senza presidi sanitari efficienti. La salute è un valore primario e fondamentale, ma senza la sua tutela, non vi è attenzione. I nostri sono contesti geografici distanti dagli ospedali che necessitano obbligatoriamente della presenza del **medico** sulle ambulanze ». Un allarme quello lanciato da Pignata e dagli utenti dell' area el cratere che nei prossimi giorni porterà il sindaco di Oliveto a incontrare i vertici dell' Asl di Salerno per trovare una soluzione. Un servizio di emergenza efficiente in territori con questa conformazione geografica è quanto mai necessario per garantire un soccorso tempestivo. Mariateresa Conte.



che ci consentirà di potenziare l'assistenza territoriale e la medicina di prossimità e di offrire valide alternative di cura ai nostri concittadini che non siano i viaggi verso l' **ospedale** Annunziata di Cosenza e le telefonate al servizio

118. A questo punto occorre vigilare sui tempi e fare in modo che l'Asp di Cosenza recepisca il decreto della Giunta regionale e si attivi per quanto di sua competenza per avviare al più presto l'iter delle assunzioni per la copertura delle postazioni di Guardia medica di Casali del Manco e Loricca sguarnite di personale. Sospensione Guardia medica, l'appello del Sindaco di Crosia al Prefetto "Diritto alla salute, ancora disagi nel territorio di Crosia per la sospensione del servizio di Guardia Medica di Mirto. Appello del sindaco Antonio Russo al Prefetto di Cosenza, S.E. Cinzia Guercio, affinché intervenga subito a redimere una situazione paradossale, inaccettabile e imbarazzante che rischia di alimentare sfiducia tra la popolazione e di sopprimere un diritto fondamentale garantito dalla costituzione.

«È inaccettabile - scrive il sindaco Antonio Russo - che una comunità come Crosia, con una popolazione stabile di 12mila abitanti e che nel periodo estivo raggiunge una utenza di oltre 20mila residenti, possa rimanere totalmente priva del servizio sanitario pubblico. È davvero una situazione deprecabile che si protrae ormai da mesi e che oggi è arrivata al suo culmine, addirittura con la sospensione del servizio di Guardia medica. Non contestiamo soltanto il metodo e i modi - aggiunge il Primo cittadino - ma anche i tempi, perché non è consentito comunicare la chiusura di un presidio sanitario così importante solo a cose fatte. Questo è frutto di un governo scellerato del diritto alla salute che trova il suo culmine in una gestione commissariale regionale e provinciale che ha fallito su tutta la linea». «Solo ieri al protocollo del Comune - ricorda il Sindaco - è giunta la nota da parte dell'Asp di Cosenza in merito alla sospensione del servizio di guardia medica di Mirto che si sarebbe protratta fino a stasera. Questo non ha permesso di informare in tempo residenti e turisti di questo gravissimo disagio, tutt'ora in corso. È una condizione di contrazione del diritto alla salute mai verificatasi fino ad oggi in un periodo, tra l'altro, in cui la **Sanità** dovrebbe essere garantita ad ogni livello ed in forma capillare. Ora, quello che ci chiediamo è: come mai, nonostante ci siano leggi speciali dello Stato che proprio in questo momento di emergenza sanitaria nazionale mettono a disposizione risorse economiche importanti per l'assunzione di nuovo personale medico, e alla luce anche di un ulteriore Decreto Calabria che queste risorse le accresce in maniera esponenziale, non si provveda a garantire tutti i servizi necessari alla popolazione?» «Rimaniamo basiti di fronte a questa situazione - dice ancora Russo - che, tra l'altro, dirotta gli utenti sui presidi ospedalieri del territorio dove sussiste una condizione conclamata di disfunzioni e disagi. A questo punto facciamo appello al Prefetto di Cosenza, affinché intervenga immediatamente per individuare responsabili e inadempienti che hanno e che stanno generando un disservizio inaccettabile a una popolazione stanca e ormai priva di fiducia nei confronti delle istituzioni. Chi ha responsabilità è giusto che paghi e vada a casa». © Riproduzione riservata.

Guardia medica nel Cosentino, Guccione: "Finalmente il decreto per gli incarichi vacanti"

Guccione (Pd): "Ultimo atto di una vicenda paradossale"

27 Luglio 2021

Dopo la **denuncia** del consigliere regionale del Partito democratico, Carlo Guccione, che aveva evidenziato le responsabilità della Regione Calabria per avere lasciato migliaia di cittadini senza l'assistenza delle Guardie mediche a causa della mancata individuazione delle zone carenti di continuità assistenziale, nella giornata di ieri 26 luglio, è stato pubblicato il decreto dirigenziale n. 7705 con il quale è stata disposta la pubblicazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati anche dall'Asp di Cosenza. Guccione (Pd): "Ultimo atto di una vicenda paradossale" "Lo scorso 23 luglio avevamo denunciato che, per responsabilità della Regione Calabria, migliaia di cittadini della provincia di Cosenza erano stati lasciati senza assistenza sanitaria a causa della mancata pubblicazione del decreto della Giunta regionale con l'individuazione delle zone carenti di continuità assistenziale (Guardia medica) individuate dall'Asp di Cosenza e Catanzaro. Ieri finalmente è stato pubblicato il decreto dirigenziale che dispone la pubblicazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati dall'Asp di Cosenza e di Catanzaro per gli anni 2017-2018-2019-2020. Si chiude

così l'ultimo atto di una vicenda tanto grave quanto paradossale. Oltre 100 Comuni della provincia di Cosenza non avevano il servizio della Guardia medica. Sono in totale 123 e complessivamente 410 gli incarichi di assunzione di medici di 24 ore settimanali a tempo indeterminato che oggi possono essere attivati dopo la pubblicazione del decreto della Giunta regionale. Ora, infatti, l'Asp di Cosenza è nelle condizioni di poter procedere alle assunzioni a tempo indeterminato di centinaia di medici in modo da coprire le postazioni di Guardia medica sguarnite. Migliaia e migliaia di cittadini che vivono nelle aree interne potranno ricevere la giusta assistenza sanitaria. Un obiettivo importante sia in termini occupazionali, con l'assunzione di medici a tempo indeterminato, che in termini sanitari, con il potenziamento della medicina territoriale e una maggiore garanzia dei Livelli essenziali di assistenza. Un obiettivo, tra l'altro, previsto all'interno di una delle missioni del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza che mira a potenziare l'assistenza territoriale attraverso l'assistenza di prossimità e la telemedicina, prevedendo ospedali di comunità e case di comunità (una ogni 20 mila abitanti). In particolare, l'assistenza domiciliare mira a curare a casa oltre il 10 per cento degli over 65, oggi in Calabria siamo al di sotto del 2 per cento. Ora chiediamo all'Asp di Cosenza di accelerare le procedure, velocizzare i tempi e di avviare al più presto l'iter delle assunzioni a tempo indeterminato per la copertura delle postazioni di Guardia medica. Casali del Manco, il Pd con Guccione Questo provvedimento consentirà al Comune di Casali del Manco di beneficiare della copertura di 4 posti per medici con turni di 24 ore settimanali a tempo indeterminato da inserire nelle due postazioni di Guardia medica di Loriga e di Casali del Manco. Un risultato importante



martedì 15 febbraio

**lanazione.
it**

Valtiberina intento adesso a recuperare la propria struttura operativa.

martedì 15 febbraio

lanazione.
it

Appello dei sindaci: ospedale da potenziare

Lettera alla Regione con l'obiettivo di migliorare l'organizzazione anche delle cure intermedie. Medici di base, trovata la soluzione

SANSEPOLCRO

di Claudio Roselli Risolta in maniera positiva la questione dei medici mancanti ad Anghiari e Monterchi, restano pur sempre validi i contenuti della lettera che i sindaci di tutti i Comuni della Valtiberina Toscana hanno inviato alla Regione per aprire un tavolo di confronto sulla **sanità** del comprensorio. Intanto, come anticipato, la Casa della Salute con sede ad Anghiari potrebbe tornare ad avere i quattro medici dopo essere scesa a due: la dottoressa Claudia Agnesi prenderà servizio dal 25... di Claudio Roselli Risolta in maniera positiva la questione dei medici mancanti ad Anghiari e Monterchi, restano pur sempre validi i contenuti della lettera che i sindaci di tutti i Comuni della Valtiberina Toscana hanno inviato alla Regione per aprire un tavolo di confronto sulla **sanità** del comprensorio. Intanto, come anticipato, la Casa della Salute con sede ad Anghiari potrebbe tornare ad avere i quattro medici dopo essere scesa a due: la dottoressa Claudia Agnesi prenderà servizio dal 25 febbraio in sostituzione del professionista attualmente impossibilitato per motivi di salute. Non sarà un incarico provvisorio, ma durerà fino all' eventuale rientro del titolare e poi la novità comunicata ieri mattina dal dottor Evaristo Giglio,

direttore del distretto Valtiberina: "E' stata acquisita a inizio gennaio l' iscrizione negli elenchi di un' altra dottoressa, che andrebbe a colmare a titolo definitivo il vuoto lasciato dal pensionamento del dottor Luigi Chiasserini. Entro l' 8 marzo dovrà sciogliere la riserva sull' accettazione". Proprio lo stesso dottor Giglio ha evidenziato il "mal comune" dell' assenza dei medici di medicina generale, frutto di errori di programmazione - così ha detto - che vengono dal passato: solo in Toscana nel mancherebbero ben 245 e a pagare le conseguenze sono come sempre le aree periferiche e marginali, quando invece anche l' esperienza del Covid-19 ha dimostrato che la medicina del territorio svolge un ruolo fondamentale. Ed è qui che si inserisce la missiva dei sindaci, che alla Regione chiedono per i giovani medici le borse di studio integrative legate ai Comuni delle aree interne (in fondo, il Pnrr viene incontro proprio alle problematiche delle zone più svantaggiate), una impostazione territoriale dei servizi che mantenga i vari presidi secondo una logica di organizzazione comune e un **ospedale** di riferimento - quello di Sansepolcro - che possa funzionare in base alle necessità specifiche e a quelle delle cure intermedie. Se dunque un intervento chirurgico è programmabile al San Donato di Arezzo, per ciò che riguarda Sansepolcro si valuti la cronicità di determinate malattie sul territorio per potenziare le relative unità, come si sta facendo per la diabetologia. Soddisfazione è stata espressa dai sindaci Alessandro Polcri di Anghiari e Alfredo Romanelli di Monterchi per la soluzione dei medici e fino a nuova nomina il dottor Evaristo Giglio continuerà a rimanere direttore anche di un distretto



I sindaci della montagna contro i tagli: "La guardia medica resti a Colledara"

I Sindaci della montagna teramana dell' Ambito distrettuale sociale n. 24, Gran Sasso Laga manifestano la loro ferma contrarietà alla soppressione della guardia medica di Colledara. Il provvedimento è previsto dalla **Asl** di Teramo e i primi cittadini di Castel Castagna, Castelli, Colledara, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Montorio al Vomano, Pietracamela, Tossicia, Campli, Cortino, Rocca Santa Maria, Torricella Sicura e Valle Castellana contestano apertamente la logica di razionalizzazione legata solo ai numeri, che non tiene conto della particolarità dei territori e che porta al depauperamento dei servizi nell' entroterra e al dilagante spopolamento. I sindaci auspicano la fine della stagione dei tagli nell' entroterra e l' inizio di una nuova fase di investimenti che può e deve essere messa in campo grazie alle risorse del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Si dicono pronti al confronto richiesto dalla **Asl** sulla **sanità** del futuro, "a patto che ci sia un cambio di paradigma e che l' obiettivo sia la piena soddisfazione dell' universale diritto alla salute di ogni cittadino, anche quello residente nel più sperduto comune della provincia". Rinaldo Seca, sindaco di Castelli "Esprimiamo la nostra contrarietà alla chiusura della guardia medica di Colledara e quelle previste in futuro nei centri montani, pretendiamo la cessazione dei tagli e l' inizio di una stagione di investimenti che possa sopperire alla storica sperequazione che le aree interne vivono. La **Asl** ci ha chiesto di disegnare insieme la **Sanità** del 2050 e noi vogliamo essere parte attiva di questo **processo**, ma nell' immediato le soppressioni devono terminare altrimenti nel 2050 non ci saranno più cittadini nei comuni che orgogliosamente amministriamo tutti i giorni", commenta il sindaco di Castelli Rinaldo Seca, componente del Comitato ristretto dei sindaci della **Asl** di Teramo e portavoce della protesta. I sindaci chiederanno un incontro all' Assessore regionale alla **Sanità** Nicoletta Veri per confrontarsi sul futuro della **Sanità** delle aree interne e montane della Provincia di Teramo.

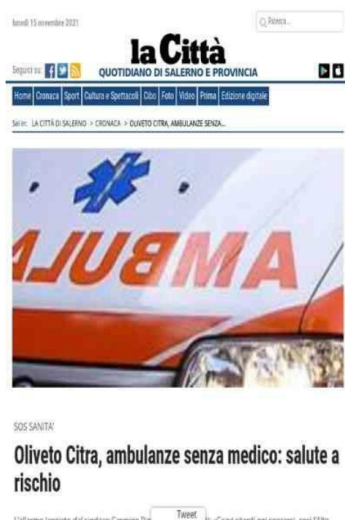


Oliveto Citra, ambulanze senza medico: salute a rischio

L' allarme lanciato dal sindaco Carmine Pignata e dagli utenti: «Gravi ritardi nei soccorsi, così l' Alto Sele non viene tutelato»

OLIVETO CITRA - «Senza **medico** a bordo delle ambulanze, le aree interne sono private del diritto alla salute ». Non usa mezzi termini il **medico** e sindaco di Oliveto Citra, Carmine Pignata , che **denuncia** quanto da tempo segnalano i cittadini del cratere in merito alle postazioni delle ambulanze del 118 site nei comuni di Oliveto Citra, Buccino e Serre che per ben 14 turni al mese, su ogni postazione, si registra la non presenza del **medico** a bordo dell' ambulanza. Una situazione allarmante divenuta insostenibile per gli utenti che vivono nelle aree distanti dai centri maggiori delle città della Piana del Sele e da Salerno dove sono presenti ospedali come quello di Battipaglia e il "Ruggi" di Salerno, dotati di reparti ospedalieri attrezzati per ogni tipo di emergenza. L' area del cratere e gli Alburni possono contare sulla presenza di tre presidi ospedalieri vicini: il San Francesco di Oliveto, il Maria Addolorata di Eboli e l' **ospedale** Curto di Polla. Presidi ospedalieri che servono un bacino di utenza che spazia dall' Alto Medio Sele al Tanagro fino agli Alburni, oltre a parte dell' Irpinia, il Vallo di Diano e una fetta della Piana del Sele. L' emergenza territoriale è garantita dalle ambulanze del 118 appoggiate ai Saut di Oliveto Citra, Buccino

e Serre. Le tre postazioni coprono i comprensori dell' Alto Medio Sele, del Tanagro e degli Alburni che se pure non sono ad alta densità abitativa, si compongono di paesi medio-piccoli distanti tra loro. Paesi collegati da una viabilità disastrosa dove la presenza di un Saut territoriali funzionante e quella di ambulanze (con **medico** a bordo) del 118 sono essenziali per salvare la vita ai cittadini. Eppure, sta capitando di frequente nelle ultime settimane, sul luogo dell' emergenza si presenta un' ambulanza senza il **medico** a bordo. Ciò genera dei gravi ritardi nei soccorsi che possono influire sul destino del paziente e sulla sua possibilità di salvarsi la vita. «Non si può parlare di politica delle aree interne, di equilibrio di demografico e di sviluppo - dice Pignata- senza presidi sanitari efficienti. La salute è un valore primario e fondamentale, ma senza la sua tutela, non vi è attenzione. I nostri sono contesti geografici distanti dagli ospedali che necessitano obbligatoriamente della presenza del **medico** sulle ambulanze ». Un allarme quello lanciato da Pignata e dagli utenti dell' area el cratere che nei prossimi giorni porterà il sindaco di Oliveto a incontrare i vertici dell' Asl di Salerno per trovare una soluzione. Un servizio di emergenza efficiente in territori con questa conformazione geografica è quanto mai necessario per garantire un soccorso tempestivo. Mariateresa Conte.



martedì 15 febbraio

**lanazione.
it**

Valtiberina intento adesso a recuperare la propria struttura operativa.

Appello dei sindaci: ospedale da potenziare

Lettera alla Regione con l'obiettivo di migliorare l'organizzazione anche delle cure intermedie. Medici di base, trovata la soluzione

SANSEPOLCRO

di Claudio Roselli Risolta in maniera positiva la questione dei medici mancanti ad Anghiari e Monterchi, restano pur sempre validi i contenuti della lettera che i sindaci di tutti i Comuni della Valtiberina Toscana hanno inviato alla Regione per aprire un tavolo di confronto sulla **sanità** del comprensorio. Intanto, come anticipato, la Casa della Salute con sede ad Anghiari potrebbe tornare ad avere i quattro medici dopo essere scesa a due: la dottoressa Claudia Agnesi prenderà servizio dal 25... di Claudio Roselli Risolta in maniera positiva la questione dei medici mancanti ad Anghiari e Monterchi, restano pur sempre validi i contenuti della lettera che i sindaci di tutti i Comuni della Valtiberina Toscana hanno inviato alla Regione per aprire un tavolo di confronto sulla **sanità** del comprensorio. Intanto, come anticipato, la Casa della Salute con sede ad Anghiari potrebbe tornare ad avere i quattro medici dopo essere scesa a due: la dottoressa Claudia Agnesi prenderà servizio dal 25 febbraio in sostituzione del professionista attualmente impossibilitato per motivi di salute. Non sarà un incarico provvisorio, ma durerà fino all' eventuale rientro del titolare e poi la novità comunicata ieri mattina dal dottor Evaristo Giglio,

direttore del distretto Valtiberina: "E' stata acquisita a inizio gennaio l' iscrizione negli elenchi di un' altra dottoressa, che andrebbe a colmare a titolo definitivo il vuoto lasciato dal pensionamento del dottor Luigi Chiasserini. Entro l' 8 marzo dovrà sciogliere la riserva sull' accettazione". Proprio lo stesso dottor Giglio ha evidenziato il "mal comune" dell' assenza dei medici di medicina generale, frutto di errori di programmazione - così ha detto - che vengono dal passato: solo in Toscana nel mancherebbero ben 245 e a pagare le conseguenze sono come sempre le aree periferiche e marginali, quando invece anche l' esperienza del Covid-19 ha dimostrato che la medicina del territorio svolge un ruolo fondamentale. Ed è qui che si inserisce la missiva dei sindaci, che alla Regione chiedono per i giovani medici le borse di studio integrative legate ai Comuni delle aree interne (in fondo, il Pnrr viene incontro proprio alle problematiche delle zone più svantaggiate), una impostazione territoriale dei servizi che mantenga i vari presidi secondo una logica di organizzazione comune e un **ospedale** di riferimento - quello di Sansepolcro - che possa funzionare in base alle necessità specifiche e a quelle delle cure intermedie. Se dunque un intervento chirurgico è programmabile al San Donato di Arezzo, per ciò che riguarda Sansepolcro si valuti la cronicità di determinate malattie sul territorio per potenziare le relative unità, come si sta facendo per la diabetologia. Soddisfazione è stata espressa dai sindaci Alessandro Polcri di Anghiari e Alfredo Romanelli di Monterchi per la soluzione dei medici e fino a nuova nomina il dottor Evaristo Giglio continuerà a rimanere direttore anche di un distretto



venerdì 15 ottobre

**corriereadriatic
o.it**

dei cittadini e delle cittadine, anche di chi vive in montagna e nelle aree interne delle Marche» conclude Lupini. ©RIPRODUZIONE RISERVATA.

Pediatria, si accende la battaglia per il personale: «Il servizio sia attivo tutto il giorno»

FABRIANO - Dopo il presidio di protesta di sabato all' **ospedale Profili** di Fabriano per chiedere il ripristino del reparto di Pediatria, oggi ridotto ad attività ambulatoriale con 12 ore di servizio al giorno dal lunedì al venerdì, il caso arriverà in Consiglio Regionale, con un'interrogazione della consigliera del Movimento 5 Stelle, Simona Lupini. Sull'argomento è intervenuto anche il capogruppo regionale di Fratelli d'Italia, Carlo Ciccio, che se la prende con la precedente giunta regionale. «Fabriano e il suo **ospedale** hanno pagato un prezzo altissimo alle scellerate scelte del governo di centrosinistra della Regione, con l'ex presidente Luca Ceriscioli. L'esempio del declassamento del reparto di Pediatria del Profili ridotto, oggi, ad ambulatorio, è emblematico di come la sinistra non abbia tenuto in debita considerazione la sanità dell'entroterra» l'attacco di Ciccio. «A seguito della chiusura del Punto nascita non era consequenziale il declassamento del reparto di Pediatria. Se per il Punto nascita ci si poteva nascondere dietro i freddi numeri previsti dal decreto Balduzzi, per Pediatria ciò non è vero - afferma Ciccio - Noi vogliamo porre rimedio a tutte le scelte del centrosinistra anche in materia di riequilibrio

sanitario. Va in questa direzione l'accelerazione per quel che riguarda la costruzione della nuova palazzina antisismica che ospiterà 4 sale operatorie e che, di fatto, farà del Profili di Fabriano uno polo di eccellenza nelle discipline chirurgiche. In più cercheremo di fare il possibile, in conferenza Stato-Regioni, per superare il decreto Balduzzi o far comprendere come un Punto nascita attivo nell' **ospedale** di Fabriano sia necessario, o almeno una struttura unica decentrata con l' **ospedale** di Jesi. Per Pediatria - conclude il capogruppo Fdi - la carenza generale di personale **medico** e infermieristico a livello nazionale certamente non aiuta, ma ci si sta lavorando. Non mancherà l'impegno per restituire a Fabriano la sua centralità anche in ambito sanitario». Sulla vicenda pone l'attenzione anche la consigliera M5S, Simona Lupini. «La protesta dei cittadini è assolutamente giustificata: un orario del genere crea tanti problemi alle famiglie. I genitori sono costretti a spostarsi verso Jesi o in Umbria, e ciò va avanti da troppo tempo. Bisogna riportare il prima possibile la copertura del servizio a 24 ore, e per farlo serve nuovo personale. Sembra ci sia una disponibilità di ore per l'assunzione di uno specialista ambulatoriale», sottolinea la consigliera Lupini, vicepresidente della Commissione Sanità e Politiche sociali, che ribadisce anche l'impegno per il Punto nascita. «La gravidanza non è soltanto un'equipe di professionisti che ti aiuta nel momento del parto: è un processo lungo e complesso, tanto più in tempi Covid. Essere vicini ai propri cari, venire seguiti da assistenti sociali e specialisti, ricevere supporto psicologico durante la gravidanza e dopo il parto, poter avere risposte tempestive ai bisogni dei propri figli sono diritti inalienabili



Campania, carenza di medici: la Regione attiva le procedure emergenziali

Per sopperire alla grave carenza del personale **medico** negli ospedali di periferie, ed in particolar modo delle aree interne, la Regione Campania ha attivato tutte le procedure di reclutamento previste dalla normativa emergenziale. Lo ha detto l'assessore alle Attività Produttive della Regione Campania, Antonio Marchiello, rispondendo ad una interrogazione del consigliere Tommaso Pellegrino. Marchiello ha però escluso l'erogazione di incentivi per i medici che vanno a lavorare nei presidi di periferia perché non prevista dai contratti nazionali di lavoro. Un aiuto potrà venire dal **processo** di stabilizzazione del personale sanitario assunto a tempo nel periodo dell'emergenza Covid. **APPROFONDIMENTI LA SANITÀ Sanità** in Campania, verso Cup unico regionale: «I tetti...



Panorama Sanità

(la recente direttiva aziendale che ricolloca l'assistenza ai turisti in capo ai medici di assistenza primaria oltrech  della continuit  assistenziale,   emblematica. E' facilmente comprensibile che questo modello di riduzione del personale **medico**, costretto ad aumentare i propri carichi di lavoro, non potr  che determinare: a) una ulteriore disaffezione verso questa branca dell'assistenza medica; b) un peggioramento del livello assistenziale. Se si continua in una politica di tagli o controproducenti pseudo-ottimizzazioni, si andr  incontro: - alla scomparsa di alcune professioni (CA, Guardia Turistica, Medici 118/PS) - alla riduzione della medicalizzazione del territorio con conseguente riduzione assistenziale - alla necessaria amplificazione del carico di lavoro e competenze dei medici di Assistenza Primaria come unica voce rimasta in campo causando quindi un' amplificazione di quel circolo vizioso che sta allontanando i medici e riducendo i servizi della medicina territoriale. **CONCLUSIONI** I risultati di queste politiche sono sotto gli occhi di tutti: i medici sono stanchi, demotivati, frustrati. Non vedono soluzioni e non vengono ascoltati e continuano a dare segnali di voler uscire dal mondo del lavoro anticipatamente, o di non voler proprio entrare in questo mondo della Assistenza Territoriale. Se, come sostiene l'Assessore Regionale Bezzini, sono necessarie scelte coraggiose, queste devono essere nel segno dell'investimento, dell'espansione e non della contrazione, nel sostegno della professione medica e non della sua mortificazione, nella tutela dei servizi per i cittadini e non nella loro riduzione.   ora di cambiare rotta Francesca Muti, segretaria regionale FISMU Toscana (Affiliata CISL Medici) Marco Bruni, dirigente Regionale Fismu (responsabile comitato Azienda Toscana Sud-Est)

Panorama Sanità

caso delle cosiddette postazioni "scoperte". Inoltre, in un contesto di grave carenza di medici di questo settore, si

è arrivati a proporre, in modo brutale e improvviso con un' Ordinanza Regionale (107/2020), poi ritirata, una rivisitazione del settore che, al di là dei dubbi di legittimità, nei pochi giorni in cui è rimasta attiva (circa dieci) ha determinato l' immediata dimissione di alcuni colleghi.C) Settore 118, Emergenza-UrgenzaE' il settore che forse più di altri è stato considerato negli anni come "FIORE ALL' OCCHIELLO " della sanità toscana, risultando ambito da molti medici e che oggi versa invece in grave difficoltà subendo le conseguenze di scelte dettate da logiche incomprensibili. La carenza di personale medico per questa attività si sta rivelando drammatica tanto che la nostra azienda ha dovuto, di fatto, esternalizzare, all' Isola del Giglio, questo servizio estivo.Gli effetti combinati di una insufficiente e miope programmazione formativa, scissa da qualsiasi valutazione dei fabbisogni del SSN, del blocco del turn over e del picco di pensionamenti in un arco temporale breve sono cause incontrovertibili di un fenomeno a cui bisogna trovare soluzioni immediate percorribili. Da oltre dieci anni nonostante le reiterate richieste dei sindacati, non vengono attivati i corsi formativi specifici (cosiddetto corso DEU), finalizzati al conseguimento dell' idoneità all' esercizio dell' emergenza territoriale (Acn 2005, art.96). Anche in questo settore, le scelte compiute sembrano mettere in atto un disegno che induca i medici ad abbandonare o a non iniziare questa attività. L' assenza di ricambio, unito a carichi di lavoro sempre più gravosi, stanno, ovviamente, indirizzando i medici verso altri ambiti della medicina. La professione del medico di emergenza urgenza continua ad essere poco appetibile per una serie di motivi:- le scarse possibilità di progressione della carriera,la ridotta valorizzazione economica di un lavoro duro in un settore rischioso, il mancato passaggio alla dipendenza dei medici convenzionati, più volte promesso dalla politica regionale. Il personale medico con almeno 5 anni di anzianità di servizio deve poter transitare alla Dirigenza Medica, successivamente gli altri al raggiungimento dei 5 anni di servizio, attraverso una riedizione dell' art.8 1 bis della legge 299/99.L' appello che Fismu rivolge alla politica regionale è: Attivare velocemente i "CORSI DEU", che inspiegabilmente sono stati bloccati da circa 10 anni!DENUNCIAMOL' INADEMPIENZA di Regione ed Aziende Toscane che hanno ripetutamente rassicurato la cittadinanza , laddove invece NON sono state poste in essere misure di contrasto alla carenza di organico medico.D) Settore della Assistenza ai turistiQuesto è il settore salito alla ribalta quest' estate con un deficit assistenziale mai verificatosi nella storia, recente e meno recente, della nostra azienda e della regione tutta (vedi Elba). Si ricorda che questo settore, attivato durante il periodo estivo soprattutto nel grossetano, vedeva un' implementazione di 9 sedi. Quest' anno l' azienda ne aveva previste 3 non riuscendo però poi ad attivarne nessuna per carenze di personale medico. Anche in questo caso si è assistito ad una latitanza nel voler governare il settore e le sue criticità.LE CONSEGUENZE SULLA SANITÀ TOSCANAPurtroppo da mesi assistiamo a scelte sbagliate da parte della Regione rispetto a questi gravi problemi:1) aumentare i massimali del personale medico residuo (sia orario che di assistiti)2) amplificare i compiti

Panorama Sanità

Toscana, Fismu: I servizi sanitari sul territorio in piena emergenza

Altro che modello sanitario toscano: i servizi sul territorio (medicina di famiglia, di continuità assistenziale, del 118) sono in grave crisi, prossimi a una situazione di emergenza. Mancano i medici e la programmazione, si tagliano risorse, si apre ai privati. Questa la **denuncia** della Federazione Italiana Sindacale Medici Uniti-Fismu (Affiliata CISL Medici) con una lettera già inviata al Presidente della Regione, Eugenio Giani e all' Assessore alla Salute, Simone Bezzini, firmata da Francesca Muti, segretaria regionale FISMU Toscana e Marco Bruni, dirigente Regionale Fismu (responsabile comitato Azienda Toscana Sud-Est). La lettera-appello (di seguito) elenca le criticità e le serie ricadute sui cittadini, e avanza alcune proposte per evitare la desertificazione del Ssr sul territorio, e per evitare la fuga dei medici dalla **sanità** pubblica. LA LETTERA APERTA Gentile Presidente, alla luce della recente crisi pandemica, ma anche delle recentissime vicende estive, non si può fare a meno di rilevare il gravissimo stato di sofferenza della **sanità** territoriale: il sistema 118, l' Assistenza Primaria, la Continuità Assistenziale. A causa di scelte di governo inadeguate, miopi e in totale distacco da quanto il mondo **medico**, da più

tempo, segnala. LE CRITICITÀ) Settore dell' Assistenza Primaria. In questo settore si deve rilevare la totale mancanza di programmazione relativamente alla cosiddetta "gobba pensionistica"; un evento prevedibile scritto nelle carte d' identità dei medici attivi, che è stato completamente ignorato creando una carenza di medici formati e quindi di ricambio generazionale e di conseguenza con gravosi carichi di lavoro per chi rimane in servizio. Lavorano meno professionisti e in condizioni peggiori, con più pazienti e con carichi burocratici insostenibili e che ben poco hanno a che fare con la pratica medica. Condividiamo sicuramente le paure del presidente della Fnomceo, Filippo Anelli, quando afferma con vivo disappunto: "Stiamo passando dall' inerzia e dall' incapacità strategica a un vero e proprio disegno, teso a desertificare il territorio dai medici di medicina generale, per renderlo appetibile al privato: ai grandi gruppi, che trovano remunerativo investire in poliambulatori, farmacie, service di telemedicina, start up. E la **Sanità** così si trasforma in business"! B) Settore della Continuità Assistenziale. E' il settore forse più ignorato dal sistema. Le possibilità individuate per valorizzare assistenza e personale **medico** (come per esempio il contratto a 38 ore con attività diurna) sono state sistematicamente propagandate e mai realizzate. Le scelte regionali, poi, hanno quasi voluto punire e umiliare questa categoria, scegliendo, anche a discapito dell' assistenza, di non voler concedere diritti universalmente concessi a tutti i lavoratori o adeguati riconoscimenti per carichi di lavoro gravosi. Così, per esempio, si è negato un riconoscimento per i turni svolti nelle grandi festività, così si nega (non nella Azienda sud est) un adeguato riconoscimento economico per attività svolte nel



Centro Pagina

sarebbe rimasta scoperta. Perché comunque, meno medici significa tempi di attesa più lunghi e una risposta nonadeguata alle richieste dell' utenza». Altro nodo spinoso è quello delle zanzare, che ogni anno (ma non solo d' estate) proliferano e affliggono i malati. «Purtroppo temo che questo problema non sia risolvibile con delle disinfestazioni - aggiunge - perché da come mi hanno spiegato i tecnici, io non lo sono, servirebbe rifare le fondamenta dell' ospedale stesso che poggiando su una zona paludosa quindi sempre umida garantisce un ambiente favorevole per il proliferare delle zanzare. Inoltre sulla copertura dello stesso edificio vi sono zone dove quando piove si creano ristagni d' acqua. Insomma questa - conclude Càroli - la vedo molto difficile comesoluzione».

Carenza di personale, zanzare e climatizzazione: presentato un esposto in Procura sull'ospedale 'Carlo Urbani'

Al nodi dell' ospedale, al centro dell' esposto presentato dal Tdm e dal Comitato, vi è soprattutto la carenza di medici.

Talita Frezzi

L' ospedale Carlo Urbani di Jesi JESI - I problemi dell' ospedale 'Carlo Urbani' sono sempre i soliti: carenza di personale, tanto medico che infermieristico, la presenza - tutto l' anno - di zanzare nei vari reparti e il malfunzionamento dell' impianto di climatizzazione. Nodi che rischiano di compromettere, secondo il Tribunale per i Diritti del Malato e il Comitato a Difesa dell' Ospedale di Jesi, la regolarità del servizio dell' ospedale 'Carlo Urbani'. Un rischio così alto che i due coordinatori - rispettivamente Pasquale Liguori e Franco Iantosca - hanno presentato un esposto in Procura. «Dopo i ripetuti solleciti all' Asur e le ripetute denunce a mezzo stampa da noi fatte - scrivono in una nota congiunta - mai nessun riscontro è pervenuto, per cui Tribunale per i diritti del malato e Comitato a difesa dell' ospedale di Jesi, in data odierna (28 luglio), hanno presentato un esposto in Procura. Tale esposto ha lo scopo di chiedere all' Autorità giudiziaria di verificare la sussistenza o meno di presupposti che possano cagionare una possibile interruzione, ovvero turbamento della regolarità di un servizio di pubblica necessità come quello sanitario. Le motivazioni a supporto dell' esposto

sono da riferirsi in primis alla mancanza di personale medico e infermieristico, in particolare per il Pronto soccorso di Jesi, dove mancano 5 medici. La grave carenza di personale ci preoccupa in maniera forte in vista di un eventuale ritorno della pandemia - sottolineano Liguori e Iantosca - l' esposto in questione ha anche lo scopo di verificare la sussistenza di tutte le misure di sicurezza ed igiene ambientale al 'Carlo Urbani', sia per quanto concerne la presenza tutto l' anno di zanzare, sia per quanto riguarda i ripetuti malfunzionamenti dell' impianto di climatizzazione». Il dottor Mario Caroli Sulla questione risponde il direttore dell' Unità operativa Pronto soccorso dottor Mario Caroli, che si dice «affatto sorpreso» dell' esposto, visto che Tdm e Comitato più volte avevano fatto presente alla Asur la carenza di personale, restando inascoltati. «In effetti un problema da noi al pronto soccorso c' è - dice - ma non è di adesso, anzi è da giugno che lo diciamo. Cinque medici mancano all' appello; due dottoresse sono in maternità, due assunti con contratti Co.co.co. Covid hanno terminato il loro periodo di lavoro qui e sono stati assunti altrove, oggi (30 luglio) l' ultimo medico ci ha salutati, essendo stato assunto all' ospedale di Rimini. Siamo rimasti in nove, ma con le ferie e i riposi, è comunque difficile garantire la copertura di tutti i turni e un' efficiente risposta all' utenza (in media al pronto soccorso si registrano 95-100 accessi giornalieri). Per cui - aggiunge - per cercare di coprire tutti i turni ho dovuto chiedere a qualche medico di fare il turno doppio e ho dovuto togliere il terzo medico di pomeriggio per impiegarlo in altra fascia oraria che altrimenti



La Prealpina Riforme

medici e infermieri, e purtroppo una legge dello Stato che lo impediva. Adesso le risorse ci sono e il Pnrr dovrebbe consentirci anche investimenti strutturali, così da arrivare a una **riforma** che vada a colpire quelle che sono sicuramente alcune fragilità, col rafforzamento della medicina territoriale e lo sviluppo della tecnologia. E andrà conservata e rafforzata anche l'unità che ha caratterizzato i 500 giorni della pandemia, con un'alleanza preziosa tra Regione, enti locali, università, ricerca e volontariato e **terzo settore**».

La Prealpina Riforme Istituzionali

Mancano medici di baseLa Regione cerca rimedi

Fontana: attenzione al territorio. L'Insubria: percorsi veloci

Recuperare i ritardi nella cura degli "altri" pazienti, quelli che nei 500 giorni della pandemia sono rimasti indietro, perché non c'era alternativa. Risolvere il problema dei vuoti sempre più grandi nelle file dei medici di base, rendendo più agevole il loro "arruolamento". Viaggiare verso una sanità 4.0, in cui l'uso dell'alta tecnologia si coniughi con strutture territoriali più vicine ai cittadini malati e con un'assistenza che arrivi dritta al domicilio. Sfruttare i finanziamenti del Pnrr, naturalmente. "Nuove sfide, oltre la crisi", recitava il sottotitolo del convegno organizzato dalla Asst Sette Laghi ieri pomeriggio a Gazzada Schianno, a Villa Cagnola. Titolo, chissà perché in inglese, "The New Frontier", la nuova frontiera, quella che si apre, o si spera si apra, dopo la fase più acuta dell'epidemia da coronavirus.

In sala anche il presidente della Regione Lombardia Attilio Fontana, che ha ricordato che la spesa sanitaria è «spesa buona e investimento» e che non si deve più tornare quella lunga stagione di «tagli alla sanità» che a lungo hanno impedito alla Lombardia di assumere medici e infermieri. E che a proposito

della drammatica carenza di medici di base, anche in provincia di Varese, ha assicurato percorsi formativi più agevoli per garantire al territorio i suoi dottori, in accordo tra l'altro con l'Università dell'Insubria, rappresentata al convegno di Gazzada dal rettore Angelo Tagliabue.

«Abbiamo pensato di organizzare questo momento di confronto perché finalmente sembra che la situazione stia tornando alla normalità - ha spiegato Gianni Bonelli, direttore generale della Asst Sette Laghi -.

Ci sono nuove sfide da affrontare e vogliamo partire carichi, sapendo quali sono le opportunità per andare verso la sanità 4.0, la sanità del territorio e di prossimità, utilizzando al meglio le risorse che il sistema ci metterà a disposizione, a partire dal Pnrr. Sono infatti previsti finanziamenti per nuove strutture territoriali, come le case della comunità e gli ospedali di comunità, e anche per le tecnologie digitali, come la telemedicina, per arrivare a fornire prestazioni e servizi sempre più a domicilio del paziente. Per fare questo dobbiamo confrontarci per sapere quali sono le tecnologie e i modelli organizzativi più evoluti e questo ci sembrava un buon momento per fare il punto della situazione e avviare il nostro rilancio».

Fontana ha parlato anche della riforma ormai prossima della Legge regionale 23 del 2015 che è alla base del sistema sociosanitario lombardo, «riforma che in questo momento è facilitata dalle risorse che finalmente sono arrivate. Non va dimenticato che erano due anni prima dell'inizio della pandemia che io mi lamentavo che la sanità lombarda avesse necessità di assumere



pediatri, sia a livello nazionale che regionale". E, ringraziando il personale, cita un bando e un concorso andati a vuoto. Capitolo operazioni al San Bartolomeo: si chiude per ferie, in modo da garantire il riposo al personale dopo la battaglia contro il Covid. "Si evidenzia che nelle ultime 3 settimane di luglio sono aumentati gli interventi di elezione presso l'ospedale San Bartolomeo di Sarzana e tali interventi riprenderanno il 1 settembre. Tutti gli interventi urgenti e per pazienti oncologici o per altre patologie non differibili continuano all'ospedale Sant' Andrea. Anche gli specialisti chirurgici che operano a Sarzana, in accordo con la direzione sanitaria e con il direttore di dipartimento possono naturalmente operare a Spezia. E l'attività di sala gessi viene assicurata al Sant' Andrea". Capitolo 118: sospesi i trasporti interospedalieri per mancanza di personale (3 medici) e tale resta, perché, nonostante i tentativi, non è stato possibile reintegrare. "I trasporti - precisa Cavagnaro - vengono comunque garantiti in massima sicurezza". Troppo poche le unità per la guardia medica, rimasta a secco nelle scorse notti. Tema su cui si registra però una buona notizia. "Asl 5 ha reperito la disponibilità di alcuni medici che ci sono stati segnalati dal presidente dell'ordine Barbagallo, che ringrazio. Dopo opportuna formazione verranno assunti per coprire le carenze". Chiara Tenca.

"Pronto soccorso ok, ma mancano i pediatri"

Cavagnaro risponde alle polemiche sui disservizi. E intanto il sindacato rincara la dose: "Subito un tavolo allargato alle istituzioni"

Bufera sull' Asl5: si susseguono le **denunce** di disservizi e carenze, che dopo esser stati segnalati dai cittadini e dallo stesso personale, vengono ora raccolte da politica e sindacati. La lista delle inefficienze è messa sul piatto dalla Fials, che formula un pesante j' accuse riguardo la contrazione del servizio. "Chiuso di notte il pronto soccorso pediatrico alla Spezia, chiuse dal 1° agosto le sale operatorie di Sarzana, chiusi i reparti, già precedentemente accorpati, di Urologia-Chirurgia-Ortopedia a Sarzana, sospesa la disponibilità, per carenze di organico, dei medici del 118 per i trasferimenti di pazienti critici, chiuso nelle ore pomeridiane e notturne il servizio di sala gessi a Sarzana:

questo quanto... Bufera sull' Asl5: si susseguono le **denunce** di disservizi e carenze, che dopo esser stati segnalati dai cittadini e dallo stesso personale, vengono ora raccolte da politica e sindacati. La lista delle inefficienze è messa sul piatto dalla Fials, che formula un pesante j' accuse riguardo la contrazione del servizio. "Chiuso di notte il pronto soccorso pediatrico alla Spezia, chiuse dal 1° agosto le sale operatorie di Sarzana, chiusi i reparti, già precedentemente accorpati, di Urologia-Chirurgia-Ortopedia a Sarzana, sospesa la disponibilità,

per carenze di organico, dei medici del 118 per i trasferimenti di pazienti critici, chiuso nelle ore pomeridiane e notturne il servizio di sala gessi a Sarzana: questo quanto prodotto da una gestione caotica, approssimativa e poco lungimirante". E si unisce al coro, puntando il dito contro la situazione del pronto soccorso pediatrico, "che ha visto il dimezzamento delle unità infermieristiche" il consigliere di LeAlì Spezia Guido Melley, non convinto delle spiegazioni fornite in commissione dai dirigenti **Asl** Martelli e Corona. "Si sono già registrati casi di bambini che in piena notte hanno dovuto attendere ore nel pronto soccorso generale prima di essere visitati, o rimasti 'in compagnia' di soggetti in evidente stato di alterazione". La carenza di organico ed il taglio di posti letto è al centro degli attacchi della Cgil, che dettano la ricetta per la soluzione dei problemi. "Diventa irrimandabile convocare un tavolo allargato tra Asl5, istituzioni, terzo settore e sindacati e riaprire un confronto costruttivo. Le risorse destinate dal Pnrr ci offrono un'occasione unica". Punto su punto, risponde il direttore generale di **Asl** 5 Paolo Cavagnaro. Da parte sua l' assicurazione, in forme diverse, del servizio - cosa su cui non concordano, va detto, parte delle accuse - e l' ammissione della carenza di medici, tema su cui l' azienda sta tentando di intervenire. "Il pronto soccorso pediatrico non è chiuso in quanto la funzione è mantenuta nel reparto di pediatria. Questa scelta è stata condivisa con la struttura complessa di pediatria ed è la conseguenza di un approfondito esame del numero di accessi. Il problema sicuramente più importante è invece la carenza di specialisti



mercoledì 09 febbraio

Corriere Adriatico (ed. Fermo)

a garantire la piena e completa operatività della struttura.

Le vittime Intanto si registrano due vittime per il Covid al madonna del Soccorso un lamense di 62 anni e un anzianodi 81 anni di Martinsicuro.

Nino Orrea © RIPRODUZIONE RISERVATA.

Medicina d'urgenza in crisi

I due specialisti delle coop private non bastano, si andrà verso un'altra selezione Viviani: «A fine mese stop agli accorpamenti». Una vittima di 62 anni per il Covid

LA PANDEMIA SAN BENEDETTO Sembra ormai alle spalle, in Area Vasta 5, l'emergenza per il Covid-19, che fino a una ventina di giorni fa ha quasi messo in ginocchio il sistema sanitario del Piceno.

Sia in terapia intensiva che in quella semintensiva, il personale sanitario è tornato a respirare e anche l'occupazione dei posti letto non è così drammatica come qualche settimana fa.

Il posto letto Sul piano sanitario va registrato un piccolo cluster nel nosocomio di San Benedetto, prontamente circoscritto dai sanitari e la situazione si sta, fortunatamente, normalizzando. Il sorgere di questi cluster è comune un po' in tutti gli ospedali della regione, una circostanza che secondo alcuni deriva dal fatto che non sono state sospese le visite dei familiari ai pazienti e questo accresce, come è evidente, il rischio di possibili contagi. E in merito alle accuse di **Cittadinanzattiva** e Orgoglio Civico sulle condizioni dei reparti dell'ospedale Madonna del Soccorso a replicare è il direttore sanitario Giancarlo Viviani. «L' Oculistica - dice - non è mai stata

interessata da chiusura e ha sempre lavorato a pieno regime in entrambi gli ospedali. L' Otorinolaringoiatria è sempre stata garantita in entrambi gli ospedali, nonostante l' inevitabile riduzione delle sedute operatorie dovuta all' emergenza pandemica. Le criticità segnalate sono dovute al provvisorio accorpamento di Chirurgia, Ortopedia e Otorinolaringoiatria al terzo piano dell' ospedale di San Benedetto, che verrà meno tra fine febbraio e inizio marzo con la strutturazione di Ortopedia al secondo piano e l' attivazione del progetto Ortogeriatrics (l' Ortogeriatrics è un percorso clinico-assistenziale integrato che affronta la complessità del paziente. Sempre sul piano sanitario, se la curva dovesse proseguire nella sua discesa, è possibile prevedere la riapertura di Ortopedia presso il nosocomio di S. Benedetto tra la fine di questo mese e i primi giorni di marzo. Subito dopo si dovrebbe procedere alla riapertura di Medicina del Mazzoni di Ascoli. Chi, invece, continua a soffrire è la medicina d' urgenza del Madonna del Soccorso, dove la carenza di medici si sta facendo sentire.

Attualmente la pianta organica del pronto soccorso che prevede 18 medici, presenta un deficit di sette medici, con una carenza di termini percentuali del 40%. Proprio per ovviare a questa situazione, nelle scorse settimane si è proceduto alla stipula di un contratto con una cooperativa che ha inviato due medici. Purtroppo questi sanitari non garantirebbero un servizio continuativo in linea con le esigenze del Pronto soccorso, che come il suo analogo di Ascoli, soffre anche per la Medicina d' urgenza (Murg). Non è un caso se nelle ultime ore si sta facendo strada l' ipotesi di annullare il contratto stipulato con la cooperativa e procedere a una nuova gara di appalto per il reperimento dei medici sufficienti



ma siamo schiacciati da qualcosa che è diventato burocratese. L' unica soluzione è incrementare l' organico». «La situazione ormai non è più sostenibile - aggiunge Bruno Di Daniel, **medico** di famiglia a Maserada, segretario dello Snam di Treviso - siamo presi d' assalto da centinaia di richieste al giorno. E' inevitabile che poi si fatichi a rispondere a tutti». Dal canto proprio, l' Usl ieri ha assicurato ai sindaci che sta cercando camici bianchi con il lumicino. «Ci stiamo adoperando quotidianamente alla ricerca di medici e di nuove soluzioni per contenere la grave carenza - dicono dall' azienda sanitaria - anche attraverso chiamate ai neolaureati nuovi iscritti all' Ordine dei medici di Treviso e delle province vicine». Non solo. L' Usl telefona direttamente pure alle sedi delle facoltà di Medicina e alle scuole di formazione in medicina generale. Si guarda ai giovani. Quando entrano in specialità, però, si finisce in un vicolo cieco. «Si stanno percorrendo tutte le opzioni possibili per garantire i servizi sul territorio, nonostante le difficoltà - concludono dall' azienda sanitaria - la problematica, come più volte ribadito, è di carattere generale e legata a errori nella programmazione nazionale. La pandemia e l' ingresso nelle scuole di specializzazione di molti medici che prima prestavano servizio, con la relativa incompatibilità dell' incarico presso l' Usl, stanno rendendo difficile il reperimento di nuove risorse, anche tra i neolaureati appena iscritti agli Ordini dei medici». © RIPRODUZIONE RISERVATA © RIPRODUZIONE RISERVATA.

Medici di base, sos per 100mila trevigiani: caccia ai neolaureati

TREVISO Sono quasi 100mila i trevigiani che nel corso del 2022 saranno costretti a cambiare **medico** di famiglia. E davanti alla pesante carenza di camici bianchi, buona parte non potrà fare altro che rivolgersi a medici in servizio fuori dal proprio comune di residenza. I numeri sono netti. L'anno scorso sono andati in pensione oltre 70 dottori di famiglia. Quest'anno verranno sicuramente seguiti da altri 11 colleghi che hanno raggiunto il limite d'età dei 70 anni. Ma secondo i sindacati ci sono almeno altri 50 dottori pronti a lasciare. «Perché anche se non sono arrivati al limite d'età hanno comunque maturato i requisiti per la pensione», spiega Salvatore Cauchi, segretario dello Snam del Veneto, il sindacato autonomo dei medici. GLI AMBULATORI A conti fatti, nel corso dell'anno bisognerà provare a coprire qualcosa come 60 ambulatori vacanti. Il punto è che manca proprio la materia prima: i dottori. Ora 24 ambulatori sono stati assegnati ad altrettanti medici specializzandi, ancora impegnati nel triennio di formazione specifica in medicina generale. A Treviso, in particolare, ne arriveranno cinque. Ma non basta. «Quello della carenza dei medici di famiglia sarà senza dubbio il

problema del 2022 - scandisce Stefano Formentini, **direttore sanitario** dell'Usl - fermo restando che ci sono più variabili, la prospettiva è che diversi medici vadano in pensione». Ieri l'argomento è stato al centro della conferenza dei sindaci dell'azienda sanitaria. Nel territorio già oggi mancano 63 camici bianchi. A livello complessivo, la Marca avrebbe bisogno di 508 dottori di famiglia. Adesso ce ne sono 493. Vuol dire 15 posti vuoti, senza contare gli imminenti pensionamenti. Nelle guardie mediche va pure peggio: qui ci sono 88 dottori su 136, cioè 48 posti vuoti. Dopo la chiusura della guardia medica di Paese per carenza di personale, le altre sedi per il momento sono state salvate grazie anche a turni coperti dagli stessi medici di famiglia, che sono già pochi. L'Usl le sta provando tutte per metterci una toppa. Il progetto più ambizioso è quello che mira a portare il numero massimo dei pazienti seguiti da ogni singolo **medico** da 1.500 a 1.800. Sono previsti degli incentivi per l'inserimento di personale di segreteria. L'adesione, però, è su base volontaria. E fino ad oggi non ci sono state le corse. Solo una sessantina di dottori di base hanno detto di sì. Così si recuperano posti per 18mila pazienti. Ma a quanto pare ci si è fermati qui. «Se vi fosse l'adesione di più medici, il problema della carenza di dottori potrebbe essere superato», fanno notare dell'azienda sanitaria. Resta il fatto che non sta andando così. IL FRONTE I cinque medici di Spresiano, ad esempio, hanno rifiutato di salire a 1.800. E con loro molti altri. «È un dovere morale nei confronti dei pazienti che non sarebbero assistiti allo stesso modo - ha spiegato Luca Gambino, uno dei dottori di Spresiano - già adesso lavoriamo tra le 13 e le 14 ore al giorno. Siamo stanchi e scoraggiati. Continuiamo a impegnarci sul fronte clinico,



Quotidiano Sanità

Salute e Sanità

In Molise mancano gli Anestesisti, l' Asrem ci riprova

Al via un nuovo concorso per 7 posti dopo precedenti con scarsi esiti. In caso di assunzioni a tempo indeterminato dei candidati utilmente collocati nella graduatoria di merito, permane il vincolo di permanenza biennale presso l' Asrem. E a Guglionesi l' unico mmg oggi è in pensione, il Prc: "Non si può obbligare una persona anziana a recarsi a Termoli se non a Larino per una visita dal medico di base".

01 SET - Il primo avviso pubblico del 31 dicembre 2020 per soli titoli, finalizzato all' assunzione a tempo determinato di tre medici specializzati in Anestesia e Rianimazione è andato deserto, mentre al concorso bandito lo scorso marzo per l' assunzione di otto medici della stessa disciplina ha partecipato un solo candidato risultato idoneo. Ora, considerata la persistente carenza di medici specialisti, l' Azienda sanitaria regionale del Molise (Asrem) ha deciso di bandire un nuovo concorso per l' assunzione a tempo indeterminato di sette medici. La partecipazione, si legge nel documento aziendale, è estesa ai medici in formazione specialistica iscritti al terzo anno del relativo corso di specializzazione collocati, in seguito all' esito positivo della procedura concorsuale, in graduatorie separate. In caso di assunzioni a tempo indeterminato dei candidati utilmente collocati nella graduatoria di merito, permane il vincolo di permanenza biennale presso l' Asrem quale sede di prima nomina. Non solo Anestesisti intanto, anche piccole difficoltà locali vengono segnalate a Guglionesi: "In tanti a Guglionesi a rischio di restare senza medico di base", la denuncia arriva dal

Prc del Molise che invita il Comune a risolvere la problematica che riguarda molti residenti, soprattutto anziani non autonomi, costretti a breve a raggiungere Termoli a 10 km di distanza per le visite mediche in quanto già pieni di pazienti i medici di base del paese. Il segretario regionale Pasquale Sisto chiede all' Amministrazione comunale e al partito di maggioranza che amministra: "di adoperarsi affinché in paese venga ripristinato il minimo dovuto per quando riguarda la salute e la pubblica incolumità". Proprio da oggi, 1° settembre, l' unico medico rimasto in servizio andrà in pensione. In tanti si sono rivolti all' Asrem, nel vecchio San Timoteo a Termoli, per fare la scelta del nuovo medico scoprendo che gli altri operatori sanitari del paese sono al completo e non sarà possibile sceglierli. "Questa situazione creata a Guglionesi ma comune in molti altri piccoli centri della Regione, dimostra ancora una volta la disastrosa situazione che versa la sanità molisana - aggiunge Sisto - piu' volte da noi denunciato anche con manifestazioni e presidi. Non si può obbligare una persona anziana a recarsi a Termoli se non a Larino per una visita dal medico di base". Lorenzo Proia.



Matera, continua il calvario delle liste d' attesa

Visite bloccate, nessun miglioramento nelle strutture sanitarie Asm e si ricorre agli interinali

ANTONIO
CORRADO

Tempo di lettura 2 Minuti MATERA - Nulla è cambiato, purtroppo, sul fronte delle liste d' attesa per visite ed interventi nelle strutture dell' Azienda sanitaria materana. Resta cronica ed irrisolta, la carenza di medici ed infermieri, con l' aggravante che chi si impegna con le vaccinazioni, percependo la relativa indennità (80 euro i medici e 50 gli infermieri), poi non dà la disponibilità ad effettuare le prestazioni aggiuntive, per ridurre le liste d' attesa, che a volte superano i 12 mesi, laddove non ci sono situazioni di urgenza conclamata, che comunque si riescono ad evadere in non meno di 15-20 giorni. A questo si aggiunge la rabbia di chi chiama da cellulare il numero verde regionale per prenotare, che dopo un' estenuante attesa si vede anche il conto telefonico prosciugato. La denuncia è ancora di Maria Antonietta Tarsia di **Cittadinanzattiva**, la quale rimarca che dopo le rassicurazioni dell' assessore Leone circa la soluzione di questo grave disservizio, di fatto nulla è cambiato; risparmia solo chi chiama da fisso, che paga solo lo scatto alla risposta. È stato, invece, risolto l' altro problema segnalato da **Cittadinanzattiva**, sui lavoratori Asm che operano dal domicilio con cellulari di servizio, a cui non

rispondono; dopo il formale richiamo della Direzione, il disservizio si è risolto. Tornando alle liste d' attesa, di fatto la 'potenza di fuoco' dell' Asm non è stata incrementata, tanto che i sindacati confederali della categoria Cgil, Cisl e Uil, hanno autorizzato la Direzione amministrativa ad attingere personale dalle agenzie interinali fino al 31 dicembre prossimo, con l' impegno di riavviare le procedure concorsuali già dal prossimo settembre. «In effetti, la soluzione degli interinali si doveva essere già praticata - ci ha detto Franco Coppola della Uil - non si capisce come mai si perda altro tempo. È ovvio che questa non è la soluzione, perché servono interventi strutturali sul personale sanitario, come anche l' assorbimento dei cosiddetti temporanei e la risposta alle tante procedure di mobilità, che farebbero rientrare medici ed infermieri. Di sicuro queste misure consentiranno al personale medico di poter fare le ferie, non certo di risolvere il drammatico gap delle liste d' attesa». È di ieri, la notizia che il personale sanitario riceverà a breve le indennità per le aggiuntive espletate, ma perché questo non ha inciso sulle liste d' attesa? Fonti aziendali ci riferiscono che queste prestazioni aggiuntive in fase di pagamento, sono rapportate per la maggior parte a visite effettuate sempre in ambito Covid. Insomma, per farsi una visita specialistica in tempi tollerabili nelle strutture dell' Asm, si dovrà ancora attendere.



La Sicilia (ed. Sicilia Centrale) Tribunale del Malato

sciaccia

Ospedale, mancano medici nel reparto di Ortopedia

sciaccia. L' emergenza coronavirus non deve fare perdere d' occhio le esigenze quotidiane dell' assistenza sanitaria. A Sciacca lo dicono da tempo associazioni e comitati che si occupano di sanità. Dopo l' allarme lanciato dei giorni scorsi dal locale Tribunale per i diritti del malato in seguito ad una dettagliata analisi della dotazione di personale all' ospedale "Giovanni Paolo II", oggi sono gli stessi utenti che usufruiscono dei servizi sanitari a portare alla nostra attenzione una situazione di criticità sulla quale si attende un intervento della direzione strategica.

Nel presidio ospedaliero saccense si prefigura un rischio concreto nell' unità operativa di ortopedia, dove la carenza di medici da alcuni anni è sempre stata piuttosto evidente. Con il pensionamento di un dirigente medico, previsto a partire dal prossimo 1 ottobre, il reparto di ridurrà a soli tre medici, compreso il primario facente funzioni. La dotazione organica prevista è di otto sanitari, dal prossimo mese si arriverà al di sotto del 50 per cento, con la reale impossibilità di redigere un programma di turnazione, che già imponeva turni di 24 ore per coprire le esigenze.

L' unità di ortopedia è uno dei reparti di riferimento del presidio saccense, dove arrivano numerosi pazienti dall' hinterland, ma anche da diverse zone del resto della provincia e del trapanese. E' anche un reparto che negli ultimi anni si è distinto per elevata professionalità: solo due settimane fa l' equipe guidata da Giuseppe Tulumello ha eseguito nella stessa seduta operatoria due interventi chirurgici per evitare al paziente una doppia anestesia ed un duplice stress chirurgico limitando al massimo la perdita di sangue. Il paziente era affetto da frattura della testa dell' omero con lussazione posteriore bilaterale. In verità, nell' ortopedia saccense le criticità non sono una novità: alcuni anni fa i dirigenti medici oberati dai ritmi di lavoro scrissero all' Asp affermando che la situazione rischiava di pregiudicare la loro concentrazione.

Giuseppe Recca.



Il Resto del Carlino (ed. Ancona)

Poi, le attese per nomine dei primari con i medici insufficienti in diversi reparti, le diminuzioni di posti letto, i disagi al laboratorio analisi e naturalmente un Pronto soccorso che da almeno cinque anni va avanti con assunzioni momentanee, sostituzioni e guardie interdivisionali. I medici e i sindacati hanno più volte fatto presente che la carenza di personale è dovuta al fatto che il lavoro del Pronto soccorso viene retribuito troppo poco e i medici preferiscono così accettare incarichi in altri reparti o nella medicina di base.

© RIPRODUZIONE RISERVATA.

Il Resto del Carlino (ed. Ancona)

Pronto soccorso nel caos: arrivano i medici del 118

Turni massacranti e personale «in prestito» in attesa di una risposta concreta Il sindaco: «Ho sollecitato il direttore Guidi, si trovi subito una soluzione»

SENIGALLIA di Silvia Santarelli Pronto soccorso, in attesa di una risposta si tampona con i medici del 118. Medici in affanno, impossibile organizzare le turnazioni dopo che un medico si è contagiato e un altro è pronto a ricoprire un nuovo incarico, quello di medico di base. Non bastano più i doppi turni e i riposi, per organizzare il lavoro, dove tra i medici in servizio è compreso un contrattualizzato co.co.co e una guardia interdivisionale che spesso si trova in difficoltà a gestire alcune patologie in quanto non sarebbero di sua competenza. Una situazione difficile, portata avanti per anni nonostante le numerose proteste del **Tribunale del Malato** e dei cittadini costretti a lunghe attese proprio per la carenza dei medici. Per non parlare delle difficoltà a cui si va incontro se di notte si verificano due urgenze, una in reparto e l'altra al Pronto soccorso, contemporaneamente. La guardia interdivisionale, una, sarebbe impossibilitata a gestirle entrambe e si troverebbe costretta a scegliere. Inascoltate anche le richieste del sindaco Massimo Olivetti

(nella foto), che venerdì ha chiamato Giovanni Guidi, direttore dell' Area Vasta 2: «Ho sollecitato il direttore a trovare a breve una soluzione - spiega Massimo Olivetti, sindaco di Senigallia -, auspicio una risposta nei primi giorni della settimana, non si può andare oltre».

I senigalliesi sperano che si possa trovare, finalmente, una soluzione definitiva dopo anni di promesse per il Pronto soccorso dell' ospedale che, in vista della stagione estiva, andrebbe potenziato ulteriormente. Sarebbero sei i medici necessari per effettuare regolari turnazioni e garantire un minimo riposo, anche ieri alcuni medici in servizio hanno coperto turni di dodici ore in attesa di un medico del 118 che dovrebbe arrivare in supporto, per tamponare momentaneamente le assenze e garantire la continuazione del servizio. Un servizio che ancora funziona grazie ai medici e a tutti gli operatori che ogni giorno allungano il loro turno consentendo così di sostituire il personale mancante. Difficoltà annunciate che vanno risolte in tempi brevissimi, proprio come auspicato dal primo cittadino per evitare di farsi trovare impreparati alla partenza della stagione estiva com' era avvenuto un anno fa. Proprio a causa di carenza del personale il servizio estivo di guardia medica turistica era partito con un mese di ritardo rispetto agli anni precedenti.

A peggiorare la situazione di quello che molti ormai avevano additato come **malato** terminale è stata la pandemia: nel 2020 il Principe di Piemonte era stato riconvertito presidio Covid, facendo così spostare visite e prenotazioni in altri ospedali della regione e, allungando ancora di più l' attesa di molte visite specialistiche ed esami endoscopici prenotati da tempo.



Il Messaggero (ed. Viterbo) Tribunale del Malato

L' ALLARME Rischio di chiusura notturna per i pronto soccorso degli ospedali di Subiaco e

...

L' ALLARME Rischio di chiusura notturna per i pronto soccorso degli ospedali di Subiaco e Monterotondo. Lo rivelano e lo denunciano un consigliere regionale del gruppo misto e il Tribunale del Malato. Tutto nascerebbe dalla carenza di medici dell' emergenza nei cinque ospedali della Asl Rm5 diretta da Giorgio Santonocito, in seguito anche alla scadenza del contratto con una cooperativa che fornisce alla azienda sanitaria il lavoro di ben 12 camici bianchi. Dalle otto di sera alle otto del mattino i servizi potrebbero mancare.

«Tutto nascerebbe - spiega il consigliere regionale Francesca De Vito - dalla fine della fornitura di servizi da parte di una cooperativa con la conseguente perdita di dodici medici. Questo perché manca una autorizzazione della Regione alla proroga, cosa che rende impossibile per ora rinnovare le prestazioni dei dottori».

Ad agosto la Asl Rm5, che ha la sede a Tivoli, aveva varato indennità aggiuntive per coprire i turni nei pronto soccorso. È stato un flop il concorso di aprile per 29 posti nell' emergenza: avevano risposto solo in quattro.

Ora l' ipotesi di chiusura notturna dei pronto soccorso di Subiaco e Monterotondo crea allarme.

«Sulla base di questa carenza di personale - dice la De Vito - sembra che sia stata avanzata anche l' ipotesi di trasformare i pronto soccorso di Monterotondo e Subiaco in punti di Primo intervento con un orario ridotto dalle 8 alle 20. Se venisse confermato, apparirebbe da subito assurdo lasciare due località, che servono una vasta comunità, senza presidio notturno». Sulla stessa linea il Tribunale del Malato: «Si fanno ipotesi con scenari preoccupanti dice Giuseppe Lustrissimi del Tdm - per Subiaco e Monterotondo a partire dal 15 ottobre. La Asl Rm 5 ritiri questa ipotesi e non declassi i pronto soccorso di questi due ospedali in Punti di primo intervento».

Alla Asl Rm 5 è stata chiesta una replica, ma non è arrivata risposta. Il Tribunale del Malato sollecita la Asl anche su altre problematiche all' ospedale Angelucci di Subiaco. «Al reparto di Chirurgia sono rimasti due medici in organico conclude Giuseppe Lustrissimi del Tdm di Tivoli e Subiaco non è stato sostituito il responsabile. La Lungodegenza è chiusa da novembre e la navetta per casi non urgenti è attiva solo dalle 8 alle 20, poi deve arrivare da Tivoli».

Antonio Scattoni © RIPRODUZIONE RISERVATA.



Il Mattino (ed. Circondario Sud)
Tribunale del Malato

Sanità, in Costiera disagi come su un' isola: Sos del sindaco alla Regione

SORRENTO Massimiliano d' Esposito Carenza di medici e servizi inadeguati per un' utenza che nel periodo estivo raddoppia. Ieri il sindaco di Sorrento, Massimo Coppola, è intervenuto in audizione davanti alla commissione Sanità della Regione, presieduta da Vincenzo Aiala per evidenziare le carenze dell' assistenza ospedaliera in Costiera.

«La nostra realtà può essere paragonata a quella di un' isola, se non peggio, alla luce delle difficoltà che si incontrano nell' utilizzo dell' unico collegamento viario - ha spiegato Coppola - Difficoltà che si moltiplicano durante la stagione estiva, con l' arrivo di visitatori occasionali, turisti e villeggianti, che aggravano il carico stradale e al contempo la domanda di assistenza sanitaria. Una situazione che disincentiva i medici a coprire i posti vacanti e che potrebbe trovare soluzione formalizzando, per il presidio di Sorrento, la qualificazione di sede disagiata».

Al momento il Santa Maria della Misericordia dovrebbe disporre di 12 posti letto in Cardiologia più 6 di Utic, 20 in Chirurgia, 8 in Medicina, 24 in Ortopedia e

Traumatologia. E ancora, Rianimazione con 6+2 posti (post-Covid), 14 in Medicina di Urgenza e 4 in Oncologia, oltre l' introduzione di altre discipline. «L' attuale offerta assistenziale non arriva invece che alla metà di questa dotazione

- ha proseguito Coppola - Nonostante la collaborazione dei vertici dell' Asl Napoli 3 Sud, e lo spirito di abnegazione e di sacrificio profuso dai sanitari, costretti a operare in condizioni di grande criticità, i risultati tardano ad arrivare. Resta di somma urgenza la necessità di reperire personale medico di Anestesia e al Pronto Soccorso, con le procedure previste dal contratto, attingendo agli altri presidi dell' Asl, in attesa del completamento delle procedure concorsuali di assunzione». Il sindaco di Sorrento ha evidenziato che «la sanità costiera merita standard di qualità degni della fama di un territorio conosciuto in tutto il mondo, meta ogni anno di milioni di visitatori e popolato da cittadini che hanno il pieno diritto di usufruire di un' assistenza sanitaria in grado di rispondere, in maniera tempestiva e adeguata, alle richieste dell' utenza». Una battaglia sostenuta anche dall' Unità pastorale dell' Arcidiocesi di Sorrento, da associazioni e movimenti civici.

LA RABBIA Tra questi, il più agguerrito è il **Tribunale** per i **diritti del malato**. «Siamo stanchi di promesse e impegni per un futuro remoto - sbotta il presidente Giuseppe Staiano - Se nelle prossime 48 ore non si troveranno soluzioni concrete e definitive, mobileremo malati e famiglie per una grande manifestazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA.



pavimento. Poi, la magia, improvvisa. Poco prima delle 13 un' **infermiera** chiama il primo nome della lista. Il **medico** è arrivato e si può dare inizio alle danze. I pazienti entrano quasi felici, liberati, anche se ingessati, con tutori o in carrozzina. E il **medico**, anzi, la dottoressa passa da un ambulatorio all' altro, comunicanti, senza pausa. È gentile e premurosa, come del resto gli infermieri. Ci si dimentica quasi di aver aspettato quasi 3 ore e mezza. Alle 13.28 entriamo nell' ambulatorio. È fatta. Possono partire i titoli di coda.

Un giorno in corsia. Attese e nervi tesi: «Mancano medici»

Società Editrice Athesis S.p.A.

Tutto ha inizio al pronto soccorso nella serata di mercoledì. Il referto è chiaro: frattura del polso e c'è bisogno della visita dell'ortopedico. La macchina burocratica si mette in moto: richiamo alle 10 del giorno successivo, nella sala gessi. «Sempre dritto, oltre le porte automatiche», dice gentile la signorina dell'accoglienza triage al pronto soccorso. E alle 9.56 la sala d'attesa si materializza, silenziosa, quasi bella, un solo paziente seduto. Il calcolo è quasi matematico, se l'appuntamento è per le dieci e c'è una persona sola in attesa, il ritardo accumulato potrebbe essere di mezz'ora. Poco male. Alle 11 però, la matematica diventa un'opinione. Non siamo più in due, ma in 4 e nessuno è entrato dal medico. Semplicemente perché il medico non c'è. «È in sala operatoria, ma prima o poi arriva», annuncia l'infermiere. Cosa significa prima o poi? Che alle 12 il medico non c'è, la sala si è riempita e tutti i posti a sedere, anche quelli che dovrebbero essere alternati causa Covid, sono occupati. Un giovane che la sera prima era entrato al pronto soccorso con dolori lancinanti alla schiena è su una sedia a rotelle ma sembra seduto su un tappeto di spine. Forse il male si fa sentire dopo un po'. E su una carrozzina c'è anche un

anziano di 91 anni, con la figlia che lo accudisce. Il tempo passa e l'uomo chiede più volte di essere portato a fare la pipì. La giovane donna che è con lui è paziente e accompagna il papà al bagno: «Dai che prima o poi entri», gli dice. Intanto una ex dipendente Ulss, dopo aver mugugnato per un po' sbotta: «Non è possibile che ci sia un solo medico, e poi ci tocca anche pagare ugualmente se ce ne andiamo». L'infermiere, sempre calmo, le spiega che il problema è dovuto alla carenza di medici. Altri mormorano, si lamentano. «Non ce l'ho con lei, ma con il sistema», precisa poi la donna che protesta rivolgendosi all'operatore sanitario. Non ci sono buoni e cattivi in questa avventura un po' sfigata al pronto soccorso: non ne hanno colpa i pochi medici, che fanno il massimo passando da un'urgenza in sala operatoria a una banale frattura del polso, e tanto meno c'entrano gli infermieri che devono sorbirsi i mugugni ad alta voce. La razionalizzazione delle risorse, l'eliminazione degli sprechi, il Covid, la sanità 4.0. La carenza di medici, quella che è trasversale, che raccontiamo tutti i giorni nelle cronache e che in certi ospedali è più spinosa della media. E così alle 12.30, mentre l'italiano medio pranza, la sala attesa è una galleria straordinaria di umanità: una mamma cede alle richieste della bimba e decide di allattarla 'live'; il 91enne torna in bagno con la figlia paziente. Un uomo parla a voce alta al telefono e racconta la sua disavventura, una giovane si siede su un tavolino perché nelle sedie non c'è più posto. In sottofondo una filastrocca esce da un telefonino per cercare di tranquillizzare una bambina e un signore va a ritmo battendo il piede sul



intende per esempio costruire dei nuovi ospedali di comunità nei vecchi presidi ospedalieri e nelle ex Asl, con una nuova immissione di infermieri, professionisti che però al momento non si riescono ad assumere. «Gli specialisti non bastano per recuperare il terreno perso durante il Covid ed erogare più prestazioni sanitarie - dice ancora Bertolotti - è difficile così eliminare le liste d' attesa. Anche la medicina territoriale soffre la carenza dei medici di famiglia». ©RIPRODUZIONE RISERVATA.

Ospedali, code in pronto soccorso Il Covid non c'entra: «Poco personale»

Ieri 145 pazienti in attesa nelle strutture comasche per mali di stagione, traumi e patologie varie - Asst: «Carenza cronica di professionisti, i posti nelle scuole di specializzazione per l'urgenza restano vuoti»

Come il pronto soccorso tornano a riempirsi di pazienti, mancano però all'appello medici e infermieri. Negli ultimi giorni il pronto soccorso del Sant'Anna e i reparti d'urgenza degli altri presidi provinciali sono sotto pressione. Dopo una nottata difficile ieri mattina erano presenti 145 pazienti nei pronto soccorsi comaschi, con un'attesa media a San Fermo di nove ore per un codice verde e di sei per un codice giallo. In totale erano presenti 10 codici bianchi, 73 verdi, 52 gialli e 10 rossi. La maggior parte era al Sant'Anna, 70 casi, poi al Sant'Antonio Abate di Cantù, 39 pazienti, e al Valduce, 22, meno ai presidi di Erba, Gravedona e Menaggio. Il motivo del forte afflusso di pazienti non è da addebitarsi al Covid: c'è un lieve aumento dei contagi, ma i ricoverati positivi restano confinati al Sant'Anna e sono in numero ridotto. Si tratta di pazienti che hanno comuni problemi di salute, traumi ed eventi acuti, ma anche riacutizzazioni e problemi che la stagione invernale potrebbe far emergere. Tra gli ospedalieri c'è il timore che un parziale ritorno della pandemia almeno tra i non vaccinati, sommato alle patologie influenzali, crei una nuova forte onda d'urto sui pronto soccorso. Soprattutto perché c'è una

cronica mancanza di personale. Lo certifica nero su bianco l'Asst Lariana: «I servizi di emergenza urgenza soffrono da anni una carenza di professionisti, aggravata ulteriormente dall'emergenza pandemica, i posti disponibili nelle scuole di specializzazione per la medicina di emergenza urgenza sono più numerosi dei giovani laureati che vi si iscrivono, il che significa che i medici di pronto soccorso sono sempre più rari». Il carico di lavoro è intenso, i rischi alti. Vicino c'è la Svizzera che paga molto meglio. «Il risultato è che i numerosi e continui bandi pubblicati da Asst Lariana - spiega ancora l'ex azienda ospedaliera - per l'assunzione di professionisti non coprono tutti i posti disponibili così come accade in molte strutture del territorio regionale e nazionale». Mancano internisti nei pronto soccorsi, anestesisti, ma anche reumatologi e nefrologi, i reparti di cardiologia e dermatologia sono in affanno. La stessa denuncia è stata lanciata anche dai vertici di Ats Insubria. «La carenza dei medici c'era già prima del Covid in tutta la Lombardia, la pandemia ha peggiorato le cose - spiega Riccardo Bertolotti, direttore sanitario del Valduce - la mancanza di personale nei pronto soccorso è più accentuata. Il lavoro è più pesante e spesso è di poca soddisfazione. Negli ultimi giorni abbiamo registrato un ritorno di tante patologie nell'emergenza urgenza, affacciandoci ad una stagione delicata. Nelle linee guida nazionali e regionali ci sono molti progetti e finanziamenti per infrastrutture e nuovi servizi. Mancano però i professionisti per fare funzionare la nostra sanità». La Regione



Libero
Salute e
Sanità

positivi al Covid con sintomi lievi o asintomatici, costretti a passare il periodo di isolamento fuori dal proprio domicilio. Da oggi, poi, il centro tamponi "Drive Through" chiude a Romolo per riaprire all'ospedale San Paolo. «Il nuovo hub spiega l'Asst- garantirà un migliore servizio al cittadino permettendo l'accesso pedonale, oltre che direttamente in auto, dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 14». Chiudiamo con i numeri: i nuovi casi di positività al coronavirus in Lombardia sono stati ieri 129 a fronte di 32.346 tamponi analizzati (0,3%). I decessi sono stati due. Una in meno le persone ricoverate in terapia intensiva (in totale sono 51) e trenta in meno le persone ricoverate nei reparti ordinari. Nelle province i nuovi casi sono così suddivisi: Milano: 29 (16 in città); Varese 18; Monza e Brianza 17; Brescia 12; Lodi 8; Mantova, Cremona e Bergamo: 6; Como: 5; Pavia 3; Sondrio 2. Nessun caso in provincia di Lecco. ©RIPRODUZIONE RISERVATA.

giovedì 01 luglio

"Covid Hotel": 17 strutture che hanno ospitato cittadini

Libero Salute e Sanità

Aumentano i quartieri scoperti

Senza medico di base 250mila lombardi

La Lega sprona il governo: «Basta tagli, intervenga per reclutare al più presto il personale»

FABIO RUBINI

La carenza di medici che rischia di colpire l'intero Paese, in Lombardia è diventata oggetto di lotta politica. Pd e M5S (dopo aver completamente toppato la campagna anti-lombarda sul Covid), da giorni attaccano la Regione, come se gli imbuti alla formazione e i tagli ai budget sanitari fatti dal ministero della Salute potessero essere attribuiti a Maroni prima e a Fontanapoi.

Per questo ieri sulla questione è intervenuto il coordinatore regionale della Lega Stefano Cecchetti. «Il Ministro Speranza ora batte un colpo. La grave carenza dei medici di base si allarga a macchia d'olio.

Interi quartieri sono privi di questo presidio sanitario fondamentale; cittadini che di colpo non sanno più a chi rivolgersi, costretti a fare i pendolari tra mille disagi per raggiungere il medico di base più vicino. Emblematico - spiega il leghista - il caso in provincia di Pavia degli ottocento mutati, di cui molti anziani, costretti a viaggiare da Suardi, Gambarana e Pieve del Cairo sino a Lomello dopo il pensionamento del loro medico di base».

Cecchetti prova a dare un po' di numeri: «In tutta la Lombardia si stimano circa 250mila persone che sono senza medico di base. Un dato tanto inaccettabile quanto allarmante. Che l'emergenza Covid abbia peggiorato la situazione è chiaro a tutti, ma altrettanto chiara dev'essere al governo la necessità di correre subito ai ripari con soluzioni concrete visto che le borse di studio sono definite a livello nazionale». E ancora: «Secondo quanto diffuso dalla Federazione Italiana dei Medici di medicina generale, nei prossimi cinque anni, su base nazionale, smetteranno di esercitare 14.908 medici di famiglia.

Quindi, circa 14 milioni di italiani rischiano di rimanere senza medico di base. In Lombardia è stato stimato che nell'arco temporale 2018/2028 andranno in pensione 4.167 medici di famiglia».

Insomma bisogna muoversi e, dice Cecchetti: «Regione Lombardia sta lavorando per risolvere il problema nell'ambito delle proprie competenze. Il ministro Speranza fa altrettanto. Per esempio, con un piano nazionale di revisione dell'attuale assetto del sistema della medicina territoriale. Meno tagli in sanità, più investimenti: solo così potremo valorizzare la figura dei medici base e garantire una loro presenza soddisfacente negli ambulatori territoriali nazionali». Tutte cose che Regione Lombardia chiede, inascoltata, da anni. L'unico governo che aveva provato a mettere un freno al taglio della spesa per il personale era stato quello Lega-M5S, che aveva tolto il tetto della spesa storica. A proposito di fondi per la Sanità, ieri l'assessore al Welfare Letizia Moratti ha approvato uno stanziamento di 9,3 milioni di euro come rimborso alle strutture recettive che si sono rese disponibili nella collaborazione per affrontare l'emergenza sanitaria. I famosi



Centro Pagina Tribunale del Malato

Emergenza caldo al Carlo Urbani, il Tribunale del Malato: "Quasi cento accessi al giorno. E al Ps mancano i medici"

Fabrizio Romagnoli

Ospedale Carlo Urbani JESI - Un doppio appello, lanciato dal Tribunale del Malato di Jesi. «Alle istituzioni - spiega il responsabile Pasquale Liguori - per intervenire sulla carenza di organico al pronto soccorso di Jesi, ma anche ai cittadini di non recarvisi per patologie non pertinenti con l'emergenza». Spiega Liguori: «In questi giorni, con il gran caldo, gli afflussi sono cresciuti, quasi 100 al giorno, e si tratta in maggior parte di anziani con più patologie che poi spesso vengono ricoverati in Medicina, dove vengono tenuti pochi giorni e poi dimessi. Anche perché con la riduzione dei posti letto non è possibile tenerli oltre un certo numero di giorni, in quanto il reparto deve sempre garantire una disponibilità per gli accessi al pronto soccorso». Ma evidenzia Liguori: «La Medicina a sua volta, nonostante l'impegno degli operatori, sta soffrendo molto con i due medici che devono andare in turno a Cingoli». Pasquale Liguori riferisce il responsabile: «La scorsa settimana, a seguito di una nostra richiesta di incontro, il dottor Guidi, direttore dell'Area Vasta 2, ci ha ricevuti. Al tavolo, oltre agli annosi problemi di zanzare e climatizzazione per le quali la Direzione al momento non ci ha prospettato soluzioni, la discussione si è

incentrata sulla carenza di medici al PS. Ne mancano ancora cinque. Abbiamo ribadito ancora una volta che, non essendoci disponibilità di medici specialisti in medicina d'urgenza, l'unica possibilità di coprire le carenze è assumere medici specializzandi come già si fa in alte regioni. Il dottor Guidi ci ha riferito che finalmente la Regione ha deciso di seguire tale strada e ha stipulato un accordo con l'Università Politecnica Marche al fine di poter dare possibilità di accedere ai concorsi anche agli specializzandi dal terzo anno in poi. La delibera, anche se a nostro avviso tardiva, è senza dubbio un passo in avanti, Peccato però che ci risulta che specializzandi al terzo e quarto anno al momento non ve ne sono». Chiede il TdM: «A questo punto, non sussistendo altre soluzioni al problema, e visto lo Stato di emergenza in atto, chiediamo alla Regione di modificare i termini dell'Accordo ampliando la possibilità di partecipare ai concorsi anche agli specializzandi del primo e secondo anno che ad oggi sono circa unavantina».



La Sicilia (ed. Siracusa)
Cittadinanzattiva

l'intervento

Carenza di rianimatori rinviare il Punto nascita

Vittorio Padua

Mi rivolgo all' assessore regionale alla Salute, Razza affinché possa valutare in positivo la nostra richiesta.

L' assessore è certamente a conoscenza della gravissima carenza organica di medici anestesisti/rianimatori che, con immensa difficoltà e spirito di sacrificio, riescono stentatamente a garantire la propria attività a supporto delle Unità operative chirurgiche e mediche presenti all' ospedale di Avola.

Si è appreso inoltre che al "Di Maria" dovrebbe essere riattivato il Punto nascita e conseguente unità operativa di Ginecologia/Ostetricia così come previsto dalla rifunionalizzazione della rete ospedaliera.

Tutto ciò, in carenza di medici anestesisti, comporterebbe una grave compromissione degli interventi dei reparti chirurgici sia in elezione che in urgenza, con particolare riferimento a quella ortopedica. Quest' ultima branca chirurgica opera in atto all' ospedale di Noto e si avvale, per gli interventi chirurgici, di medici anestesisti in servizio all' ospedale di Avola.

Appare evidente che alla carenza di anestesisti/rianimatori si aggiunge una frammentazione inaudita che indebolisce ulteriormente la già precaria organizzazione dell' esistente!

E' bene sottolineare inoltre che i pochi anestesisti assolvono altresì alle funzioni di rianimatori nei reparti covid presenti all' ospedale unico di Avola/Noto!

Per quanto in premessa citato, sarebbe opportuno un crono-programma di interventi funzionali che preveda una contestualità temporale per l' attivazione del Punto nascita e reparto di Ginecologia/Ostetricia con l' assunzione di risorse anestesilogiche.

Nel caso si volesse riattivare, nell' immediato, l' apertura del reparto di Ginecologia/Ostetricia e Punto nascita, il sistema organizzativo e funzionale rischierebbe di essere fortemente compromesso sotto l' aspetto assistenziale (rischio clinico).

Per quanto esposto, si chiede di valutare la opportunità di soprassedere al momento alla riattivazione del Punto nascita (attualmente gestito dall' ospedale Umberto 1 di Siracusa) fino a quando non si implementerà l' organico dei rianimatori/anestesisti peraltro previsto, a quanto pare, dagli Atti di indirizzo Regionali.



Settegiorni (ed. Legnano) Salute e Sanità

SALUTE Dopo i recenti pensionamenti, in paese cresce la preoccupazione dei cittadini

Morlacchi: «C'è emergenza medici di base» Il sindaco: «Chiesto nuovo dottore ad Ats»

SAN VITTORE (lue) Anche a San Vittore scoppia l'emergenza medici di base. Dopo i recenti pensionamenti, vi sono solo due medici di medicina generale attivi in paese (tra cui uno in servizio anche in un altro comune). E c'è preoccupazione tra i pazienti. Il tema sbarcherà nel prossimo Consiglio comunale con una mozione a firma della lista di minoranza Centrodestra Morlacchi sindaco: «Chiederemo alla Giunta e al sindaco di farsi portavoce al Ministero della Salute e al Ministero dell'Università e della ricerca per chiedere di incrementare i finanziamenti per le borse di studio, riportandole almeno alla quota prevista per il triennio 2019-2022 (313) per la formazione dei medici, di anticipare la fine del corso di formazione 2018-2021 - previsto attualmente a marzo 2022 - pur mantenendo invariato il monte ore curriculare così da avere 379 tirocinanti come effettivi - afferma il capogruppo Roberto Morlacchi - Ma anche di rivedere l'Accordo collettivo nazionale in funzione di una premialità quale a titolo esemplificativo l'assistente di studio per i medici di base sia in forma singola che associata, in rete e in cooperativa, per i medici che decidono di aumentare il massimale assistiti, di incentivare il

lavoro in equipe con professionisti **sanitari** come infermieri, psicologi, assistenti sociali e prevedere forme di sostegno quali la telemedicina, di aumentare la quota di assistiti per i medici in formazione al terzo anno a 650 a 1000 mantenendo la borsa di formazione, di semplificare l'accesso agli ambienti carenti di medici già in possesso di specializzazione-soprannumerari che volessero intraprendere la carriera di medici di base e di valutare una rimodulazione degli accessi alla facoltà di Medicina tale da soddisfare le esigenze derivanti dalle attuali carenze».

Morlacchi ricorda: «La carenza di medici di base è effetto dell'invecchiamento della popolazione e della classe medica, dei **tagli** al reclutamento degli anni passati per scelta dei Ministeri e di alcuni farraginosi meccanismi nell'assegnazione degli ambiti carenti e occorre trovare una soluzione che mitighi il rischio per il cittadino di trovarsi senza medico di famiglia».

Il Comune si è già attivato.

«Ho già inviato una lettera ad Ats dove chiedo in maniera urgentissima un altro medico di base - afferma il sindaco Daniela Rossi - Siamo un paese di 8.500 abitanti e sono in servizio un medico e mezzo: non basta. La situazione è drammatica e va risolta. Ci deve essere un numero di medici di base congruo a garantire il servizio sul territorio».



**Quotidiano di Puglia (ed.
Taranto)**

mentre a Taranto non si riesce a svolgere il normale turn over tra i medici? Eppure, secondo quanto denuncia il Tribunale dei Diritti del Malato, i problemi connessi alla mancanza di personale medico sono noti al management aziendale già dal 2015. Ma ripeto, non è questo il momento dei processi, questo è il momento del fare, dell' agire tutti insieme per non privare la comunità ionica, nemmeno per un solo giorno, di questo importantissimo servizio sanitario». © RIPRODUZIONE RISERVATA.

Pronto soccorso al collasso Cisl Fp: «Stato d'agitazione»

Il segretario Lacorte: «Un mese fa l'allarme, non si è posto rimedio alla carenza di medici» Non si è arginato il problema dei tempi di attesa e del sovraffollamento per gli utenti

Alessandra MACCHITELLA Il mare della sanità tarantina è ancora agitato. In particolare a destare preoccupazione è l'ospedale di Taranto. La Cisl Funzione Pubblica di Taranto ha proclamato lo stato di agitazione per le gravi criticità nel Pronto Soccorso del Santissima Annunziata. Il Segretario Generale Aggiunto della Cisl Funzione Pubblica Taranto Brindisi Giuseppe Lacorte ha scritto in una nota a nome dell'organizzazione sindacale, dando seguito a una prima comunicazione inviata l'8 luglio in cui si denunciava lo stato di disagio e di pericolo in cui versano i lavoratori e l'utenza del Pronto Soccorso del Santissima Annunziata. Lacorte ha lamentato che a distanza di un mese non si è ricevuto un riscontro che non si è posto rimedio alla grave carenza di personale medico ha aggiunto - che non si è arginato il problema del sovraffollamento e dei tempi di attesa, che i ritmi imposti espongono i lavoratori a rischio professionale e l'utenza a rischio clinico, che nel Servizio in parola è pressoché impossibile osservare le direttive nazionali/regionali sulle misure di prevenzione anti Covid 19, che il fenomeno delle aggressioni non si è contenuto (i recenti fatti di cronaca ne sono testimonianza), che non si è affrontato il tema dell'inappropriatezza degli accessi né quello delle centralizzazioni del Servizio 118, il sindacato Cisl Fp, sentiti i lavoratori interessati, dichiara lo stato di agitazione del personale di Comparto, attiva formalmente le procedure di raffreddamento così come previsto e chiede un urgente incontro in sede aziendale.

In merito, invece, alla situazione di emergenza dell'Unità di terapia intensiva neonatale della città, si è espresso anche il consigliere regionale Vincenzo Di Gregorio (Pd). «I tarantini ha dichiarato Di Gregorio - non possono essere ancora penalizzati in tema di assistenza sanitaria. Denuncio quanto sta accadendo all'Unità di Terapia Intensiva Neonatale non per alimentare una sterile polemica, ma per stimolare soluzioni concrete e durature. A seguito del pensionamento del dottor Forleo è in pericolo la continuità di servizio del reparto. Secondo quanto dichiarato dal direttore generale dell'Asl Taranto sulla stampa, questa situazione è dovuta alla gravissima carenza di medici intensivisti neonatologi che interessa tutto il territorio nazionale e in particolare l'area ionica». Nei giorni scorsi il direttore Stefano Rossi aveva sottolineato l'impegno della direzione strategica rivolto alla risoluzione delle problematiche esistenti e alla ripresa della piena attività del reparto nel più breve tempo possibile, per questo motivo aveva annunciato l'impiego di due professionisti per affrontare l'emergenza in corso. «Perché questa carenza interessa in particolare Taranto? - ha domandato Di Gregorio - Perché in tutta Italia sono garantite continuità e qualità dell'assistenza in un ambito sanitario così delicato,



tecnologiche che consentono scelta e cambio del medic o immediate, con un click. Si fa tramite Spid e «fascicolo sanitario elettronico»: se ne parlerà in diversi incontri sul territorio, già previsti a San Damiano e Castello d' Annone. -

Nell' Astigiano secondo l' Asl non tutti i medici arrivano a 1500 assistiti, ma l' estensione a 1800 fa comunque discutere

Valentina Fassio

I medici di famiglia piemontesi potranno avere fino a 1.800 assistiti, in deroga provvisoria al tetto dei 1.500 previsti dal contratto nazionale. Lo stabilisce l' accordo raggiunto tra la direzione della Regione e le organizzazioni dei medici di medicina generale (Fimmg, Snam, Smi). Come spiegato dall' assessore Luigi Icardi, l' obiettivo è «andare incontro alle necessità dei cittadini che si trovano in difficoltà a reperire un nuovo medico, quando il proprio va in pensione o cessa l' attività». La carenza di medici di famiglia è un' emergenza nazionale: «Che richiede soluzioni nazionali - continua - ma che il Piemonte sta affrontando con tutti i mezzi a disposizione, favorendo l' accesso al servizio di assistenza primaria». Tra le misure nell' accordo, il medico di famiglia potrà accettare anche i conviventi dell' assistito «con notevole beneficio per l' assistenza familiare» (lo potrà fare entro il 5% del massimale). Tetto di pazienti aumentato anche per i medici di medicina generale che esercitano nelle Rsa: per loro si sospende la limitazione del massimale individuale di 40 assistiti per ogni ora di assistenza prestata in Rsa, in modo da non penalizzare i pazienti in carico. Nel territorio dell' Asl di Asti,

secondo quanto spiegato dall' azienda, «fortunatamente la situazione si presenta migliore rispetto ad altri contesti in Regione»: tra le carenze, una buona parte ha trovato soluzione con l' inserimento di nuovi medici di famiglia. Di fronte alla realtà generale di mancanza di medici di base e a una mole di lavoro non indifferente per chi è in attività, per l' azienda sanitaria sono necessarie soluzioni nell' immediato, in attesa di interventi strutturali. Se il massimale alzato temporaneamente a 1.800 pazienti è un intervento «salvagente», per l' Asl potrebbe non essere necessario applicarla sul territorio: «Nell' Astigiano diversi medici sono al di sotto dei 1.500 assistiti, non risultano cittadini in difficoltà perché privi di medico e le criticità che potrebbero richiedere l' adozione di questa misura sono limitate». La carenza di medici di famiglia è un problema affrontato anche dal Tribunale del Malato (rete [Cittadinanzattiva](#) Piemonte Aps) che ad Asti ha come referente Tiziana Valente. «Il medico di base è oberato, molti vanno in pensione, non vengono reintegrati e i concorsi vanno a vuoto. Un problema che se si dovesse risolvere, non sarà nell' immediato, ci vorranno anni. E' un' emergenza». E mentre si parla di medico di base come primo presidio per la salute sul territorio, per Valente le parole non corrispondono ai fatti: «Basta guardare il Pnrr, le risorse sulla sanità riguardano soprattutto l' edilizia. L' aumento in deroga sul massimale è un arrampicarsi sui vetri. Si stanno pagando gli anni in cui non si è investito sulla sanità». Nell' Asl di Asti, sportelli sono dedicati a scelta e revoca del medico di base. Se in Asti città ci sono più possibilità, diverso il discorso sul territorio dove la rosa di medici è più ristretta. L' azienda sta anche promuovendo procedure



Nei PS di Ragusa grave carenza di medici

Lo conferma la Asp, che ha disposto che tutte le Uoc delle Emergenze contribuiscano a garantire turni nei tre Pronto Soccorsi. "La situazione è particolarmente difficile a causa della carenza dei dirigenti medici nelle discipline di emergenza, soprattutto, nelle ASP delle province più piccole. Condizione che mette sottoppressione il sistema sanitario già provato della pandemia".

05 NOV - C'è una grave carenza di personale **medico** nei Pronto Soccorsi del territorio di Ragusa e l'Asp corre ai riparti disponendo che tutte le Uoc delle Emergenze contribuiscano a garantire turni nei tre Pronto Soccorso. "La situazione è particolarmente difficile a causa della carenza dei dirigenti medici nelle discipline di emergenza, soprattutto, nelle ASP delle province più piccole. Condizione che mette sottoppressione il sistema sanitario già provato della pandemia", spiega la Asp in un nota. Da parte del direttore generale, Angelo Aliquò, l'auspicio che "al più presto, arrivino forze nuove, a riparare gli **errori** del passato quando si sono stati ridotti i numeri degli ammessi alle scuole di specializzazione pensando che la **sanità** fosse troppo cara. Infatti, bisognava e bisogna tagliare gli sprechi garantendo una rimodulazione che porti a scelte ragionate e indirizzata a raggiungere obiettivi formativi e professionalizzanti e non puntare su un approccio di tipo ragionieristico basato su una logica di risparmio tout-court".



Il Mattino (ed. Caserta) Cittadinanzattiva

«In ospedale mancano ginecologi e ostetrici»

PIEDIMONTE MATESE / 2 Vincenzo Corniello «All' ospedale di Piedimonte Matese c' è carenza di medici specializzati nell' Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia e l' assistenza, cure, parti e punto nascita sono a rischio». Così Margerita Riccitelli (nella foto), di **Cittadinanzattiva**-Matese.

«È una penuria che si protrae ormai da mesi - continua Riccitelli -. L' organico attuale comprende tre medici e un Responsabile, a fronte di un fabbisogno organico minimo di almeno sei unità più il Responsabile. La carenza è strutturale. La situazione si presenta problematica e preoccupante. A tal punto che risulta difficile garantire standard assistenziali accettabili di qualità e sicurezza. L' integrazione di medici specializzati, anche se al minimo, va assicurata con urgenza».

Scendendo nei particolari, poi, Riccitelli riferisce che «occorre predisporre protocolli in grado di prevedere anche le complicanze più rare - aggiunge -, e procedure trasversali multi-specialistiche in grado di affrontare le emergenze più gravi (si pensi solo all' emorragia del post-partum e alla necessaria

attivazione dei servizi trasfusionali)». Poi nello specifico Riccitelli afferma che «l' Ospedale di Piedimonte Matese ha un bacino d' utenza di oltre 70mila persone, per le quali non ci sono alternative sicure e accettabili. Perché sono presenti le arcinote criticità di un territorio con un sistema viario che non permette collegamenti rapidi, che si acuiscono nei mesi invernali per i comuni montani. Con tempi di percorrenza ulteriormente dilatati per i comuni montani ancora più svantaggiati, quali Letino, Gallo Matese, S. Gregorio Matese, Castello Matese, Valle Agricola etc.. La soluzione a tale grave e rischiosa criticità - afferma ancora la rappresentante di **Cittadinanzattiva** - non può essere quella concernente l' assegnazione, settimana per settimana o mensile, degli ostetrici e dei pediatri, forse adatta a sistemare le carte, ma non certamente a risolvere il problema».

Inoltre da Riccitelli «l' invito alla Direzione Aziendale e alla Direzione del Dipartimento Materno-Infantile affinché provvedano a porre in essere con urgenza iniziative per evitare la cronica carenza di medici specializzati.

Con turni massacranti e ferie non godute. Oltre ad assicurare condizioni di sicurezza. A tal proposito, infine, **Cittadinanzattiva**-Matese sollecita ancora una volta i sindaci e le istituzioni locali, affinché uniscano le loro forze per intervenire con urgenza presso l' Asl di Caserta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA.



La Sicilia (ed. Siracusa) Cittadinanzattiva

avola

CittadinanzAttiva: «No all' attivazione punto nascita»

"Considerate le gravi difficoltà funzionali delle unità operative per acuti, Chirurgia e Ortopedia, appare inopportuno attivare, nell' ospedale di Avola/Noto, un punto nascita e il relativo reparto di Ginecologia e Ostetricia". Lo afferma Vittorio Padua, coordinatore di **CittadinanzAttiva**/Tribunale del Malato. 'C' è una grave carenza di medici-anestesisti, destinata ad aggravarsi con l' annunciata riattivazione della Ostetricia al Di Maria- sottolinea Padua- l' apertura del reparto richiederebbe la costante presenza di un anestesista'.

Secondo Cittadinanza attiva, l' impiego di personale anestesista nel nuovo reparto, creerà sul piano assistenziale, difficoltà funzionali e organizzative in tutti i servizi chirurgici dell' ospedale.

"I pochi Anestesisti/Rianimatori in servizio,- prosegue Padua - non riuscirebbero a garantire la dovuta assistenza clinica, in tutta sicurezza, dei reparti chirurgici, per quanto concerne le prestazioni interventistiche e post interventistiche".

Carmen Orvieto.



Il Cittadino MB (ed. Brianza Nord) Salute e Sanità

albiate Mozione di "Con Albiate": «Amministrazione si rivolga ai ministri»

In 630 senza medico «Sindaco e giunta si rivolgano a Roma»

Elisabetta Pioltelli

Carenza di medici di medicina generale: il consiglio comunale di Albiate approva, a maggioranza, la mozione presentata dal gruppo "Con Albiate" che impegna la giunta e il sindaco a farsi portavoce al ministero della Salute e al ministero dell'Università e della Ricerca per "incrementare i finanziamenti per le borse di studio, riportandole almeno alla quota prevista per il triennio 2019/2022 (313 borse di studio); anticipare la fine del corso di formazione 2018/2021 - previsto attualmente a marzo 2022 - pur mantenendo invariato il monte ore curriculare così da avere a disposizione i 379 tirocinanti come effettivi; rivedere l'accordo collettivo nazionale in funzione di una premialità, quale a titolo esemplificativo l'assistente di studio per i medici di medicina generale sia in forma singola sia in forma associata, in rete e in cooperativa, per i medici che decidono di aumentare il massimale assistiti; incentivare il lavoro in equipe con professionisti **sanitari** come, a titolo esemplificativo, infermieri, psicologi, assistenti sociali e prevedere forme di sostegno all'utilizzo di strumenti quali la telemedicina". Ed ancora, chiedere ai ministeri di "aumentare la

quota di assistiti per i medici in formazione al terzo anno da 650 a 1.000 mantenendo la borsa di formazione; semplificare l'accesso agli ambiti carenti di medici già in possesso di specializzazione/soprannumerari che volessero intraprendere la carriera di medici e valutare una rimodulazione degli accessi alla facoltà di medicina tale da soddisfare le esigenze derivanti alle attuali carenze". Giovedì 7 ottobre, l'assise ha invece respinto la mozione che l'opposizione di "Uniti per Albiate" ha presentato sul medesimo tema. Il consigliere di maggioranza Fabrizio Confalonieri ha illustrato il testo e spiegato il senso del documento presentato da "Con Albiate" che fa riferimento alla carenza di medici di medicina generale, quale "effetto dell'invecchiamento generalizzato della popolazione italiana, dell'invecchiamento della classe medica, dei **tagli** al reclutamento degli anni passati per scelta dei Ministeri competenti e di alcuni farraginosi meccanismi nell'assegnazione degli ambiti carenti". Anche Albiate ha subito i riflessi di questa situazione generalizzata. "Uniti per Albiate" ha infatti ricordato che "da luglio 630 pazienti sono rimasti senza medico di base". Da qui l'impegno formale al sindaco e alla giunta di farsi parte attiva presso i ministeri governativi.



Al pronto soccorso arrivano gli specializzandi: è la soluzione dell' Asl per far fronte alla carenza di medici

Martina Trivigno

LUCCA. Specializzandi in corsia per far fronte alle carenze di medici nel pronto soccorso. Questa la soluzione-tampone che, presto, arriverà da parte di Regione Toscana e **Asl**, in collaborazione con Estar, per far fronte alla mancanza di medici al pronto soccorso. Da un minimo di due a un massimo di quattro in ogni presidio, sottolineano i sindacati. Cento professionisti in tutto il territorio dell' **Asl** Toscana nord ovest - questo il numero quantificato dalla Uil Fpl dirigenza sanitaria di Lucca - tra i pronto soccorso e il servizio 118 a rischio collasso per la «grave mancanza di personale». La dottoressa Michela Maielli, direttrice degli ospedali di Lucca e della Valle del Serchio e coordinatrice della rete ospedaliera dell' azienda sanitaria, spiega che sì, le carenze ci sono. E che i numeri sono anche abbastanza importanti. «Ma il problema non è solo locale

- sottolinea -. Anzi, la situazione è la stessa in tutto il territorio nazionale». Una **denuncia** fatta dagli stessi sindacati, a difesa dei colleghi ormai stremati: «Il carico di lavoro per i medici di pronto soccorso e 118 non è più sopportabile e per il personale con più di 62 anni si continua a disporre tutti notturni a fronte di un contratto di lavoro che ne chiederebbe la loro esenzione», precisa la Uil

Fpl dirigenza sanitaria. E le soluzioni - secondo quanto spiegato dalla dottoressa Maielli - sono principalmente due: una riorganizzazione interna del personale a supporto dei reparti in cui la situazione è più critica e l' inserimento degli specializzandi. Anche nel pronto soccorso. «Ci sarebbe bisogno di più specialisti - sottolinea - ma con le scuole di specializzazione a numero chiuso non è possibile riuscire a sanare del tutto il divario tra domanda e offerta. In ogni caso, stiamo lavorando per sopperire alle mancanze e al momento stiamo facendo le valutazioni con Estar e integrare gli specializzandi». Una soluzione necessaria per andare incontro al personale medico, già stremato dalla pandemia. La Uil, nel lanciare l' allarme, sottolinea anche che per garantire l' attuale livello di attività istituzionale l' Usl Toscana nord ovest sarà costretta «a una drastica riduzione del servizio». Perché - sottolinea il sindacato - «lo stress lavoro correlato a cui sono sottoposti i medici del dipartimento di emergenza e urgenza sta spingendo i medici stessi ad abbandonare il lavoro e a indirizzarsi verso altre realtà in un esodo che ci lascerà del tutto scoperti e privi di validi professionisti già formati». Di questa situazione, la dottoressa Maielli è informata. «Ringrazio tutto il personale per la sua etica professionale - conclude la direttrice degli ospedali di Lucca e della Valle del Serchio - e per il modo in cui porta avanti il lavoro, nonostante la carenza di personale». La speranza, ora, è che i rinforzi arrivino al più presto. © RIPRODUZIONE RISERVATA.



Al pronto soccorso arrivano gli specializzandi: è la soluzione dell' Asl per far fronte alla carenza di medici



La Sicilia (ed. Sicilia Centrale) Tribunale del Malato

«C'è gravissima carenza di medici in tutti i reparti»

LICATA. Poco personale e disservizi in ospedale: dopo i sindacati e la politica la denuncia arriva dai medici della Medicina di base che evidenziano vuoti in organico

Giuseppe Celluralicata. Carenze e disservizi in ospedale, dopo i sindacati e la politica la denuncia arriva dai Medici di Medicina di Base. Nello specifico Armando Antona (componente UCAD di Licata e vice segretario FIMMG di Agrigento), Giacomo Burgio (coordinatore AFT di Licata) e Aldo Dicembre (coordinatore AFT di Palma di Montechiaro). In primis vengono evidenziati i vuoti di organico. "C'è una gravissima carenza di medici in quasi tutti i reparti, tale da non permettere la copertura di tutti i turni necessari per il buon funzionamento della struttura; questa carenza può mettere a repentaglio la salute dei pazienti e provocare un grave stress ai sanitari stessi - si legge in un documento - in alcuni reparti dove è obbligatoria la presenza del medico h24, i turni sono coperti da medici provenienti da altri ospedali della nostra ASP con grave dispendio economico (un turno di giorno viene retribuito con 300 euro e di notte con 500 euro); i reparti restano sguarniti quando i sanitari devono effettuare un trasferimento e il medico ha l'obbligo di accompagnare il paziente; alcuni reparti di altri ospedali della stessa ASP e della stessa branca specialistica hanno addirittura personale medico in

esubero rispetto alla pianta organica". In causa viene chiamata anche la politica, i Medici di Base chiedono "il coinvolgimento e la presa di posizione degli onorevoli locali, della VI commissione sanità dell'ARS, dell'Ordine dei medici di Agrigento, delle amministrazioni comunali e dei consigli comunali di Licata, Palma e di tutti i comuni limitrofi che, per motivi di vicinanza, trarrebbero beneficio dal potenziamento del nosocomio licatese, del Tribunale dei diritti del malato, dei sindacati, soprattutto di quelli che operano nella sanità, di tutte le associazioni operanti nel territorio e di tutta la società civile, perché la salute è un bene comune che interessa tutti, nessuno escluso". Un focus viene puntato anche sui reparti del nosocomio Licata con i Medici di base di Licata e Palma che "chiedono a gran voce agli organi competenti tra l'altro il potenziamento di tutti i reparti presenti presso l'ospedale.



Carenza di medici di base, ad Aprilia : la Asl ha provveduto a risolvere il problema innalzando ...

Carenza di medici di base, ad Aprilia : la Asl ha provveduto a risolvere il problema innalzando il numero dei pazienti per 14 medici che si sono resi disponibili. Saranno circa 1.800 i pazienti per ogni professionista, in questo modo si creeranno circa 4.200 posti liberi. La priorità sarà data ai cittadini che sono rimasti senza medico che fino al 15 dicembre potranno avviare subito le pratiche per il cambio medico tramite email. Dopo quella data anche gli altri cittadini che lo desiderano, per varie necessità, potranno avviare le nuove pratiche e cambiare di nuovo medico. Per quanto riguarda i pazienti dei medici sospesi perché non ancora vaccinati si sta provvedendo alle sostituzioni dirette. L'unico medico che è stato già sostituito è la dottoressa Iulian: a sostituirla, presso lo studio di via Pergolesi, sarà la dottoressa Chiotti. Per gli altri due sospesi (Russo e Nigro) si provvederà nei prossimi giorni. Per evitare assembramenti è il caso di chiedere l'avvio della pratica di cambio medico tra m i t e e m a i l a : c a m b i o m e d i c o n i c i t a @ a u s l . l a t i n a . i t ; c a m b i o m e d i c o d e r m o @ a u s l . l a t i n a . i t ; c a m b i o m e d i c o b r u n o @ a u s l . l a t i n a . i t . L'aumento del massimale avrà una durata massima di sei mesi, fino all'

inserimento del numero congruo di medici per il Comune di Aprilia. «Ringrazio tutti i medici di medicina generale che hanno collaborato per risolvere l'emergenza, - ha detto il direttore della Asl Belardino Rossi siamo riusciti a risolvere un problema che stava creando disagi alla popolazione. E' chiaro che attendiamo le nuove assunzioni a cui dovrà pensare la Regione Lazio. E' giusto in questa fase dare la priorità a chi è rimasto senza medico perché andato in pensione, poi si potrà procedere con il resto delle richieste, in modo da poter risolvere prima i disagi più grossi e poi tornare ad una normalità attesa e voluta da tutti». I medici disponibili a cui i cittadini potranno fare riferimento sono: Nicola Augenti, Giuseppe Casola, Antonio Ceccano, Maria Costanzo, Eduard Gherciu, Maria Cristina Lauretti, Antonella Marchetti, Roberto Moschella, Anna Maria Polisenio. Altri tre medici hanno dato la loro disponibilità ma devono ancora essere completate le loro pratiche per l'entrata in servizio. L'emergenza per la carenza di medici è stata più volte segnalata dal Tribunale per i Diritti del Malato di Aprilia, tramite il coordinatore Claudio Frollano, che ha raccolto le istanze dei cittadini rilanciando poi la notizia tramite i media locali. Sono diversi giorni che i pazienti chiedono di risolvere il problema, ora finalmente la svolta. © RIPRODUZIONE RISERVATA © RIPRODUZIONE RISERVATA.



Il Resto del Carlino (ed. Ancona) Tribunale del Malato

Covid, altri tre in pronto soccorso

Tra queste persone anche un 55enne non vaccinato. In emergenza urgenza persiste la grave carenza di medici

JESI Continuano ad arrivare malati Covid al pronto soccorso dell'ospedale Carlo Urbani: nelle ultime ore sono stati tre, di cui uno piuttosto giovane: un 55enne non vaccinato con polmonite da virus. Per il momento non necessita di casco «Cpap» ma è strettamente monitorato al pronto soccorso e presto potrebbe essere ricoverato in Covideria. Nel reparto di emergenza urgenza dove si continua a patire la grave carenza di medici (sono sette in meno rispetto all'organico) ieri c'era anche due anziani affetti dal virus, ma vaccinati e non in gravi condizioni.

La presenza di pazienti Covid e non al pronto soccorso in spazi tra loro differenziati, rende ancora più lunga l'attesa per i codici meno gravi che necessitano di essere presi incarico dal reparto di emergenza urgenza. A differenza dell'ospedale di Civitanova per il pronto soccorso di Jesi però non è stato annunciato dalla Regione l'arrivo imminente di rinforzi, militari o civili che siano. La carenza di medici, denunciata più volte e da tempo ormai dal comitato a difesa dell'ospedale e dal Tribunale del

Malato e anche dal sindacato, si trascina da mesi nel reparto diretto da Mario Caroli con inevitabili disagi per l'utenza eppure non sono stati messi in cantiere degli interventi, nemmeno tampone.

Eppure in altre aree vasta della nostra regione si assume personale medico ed infermieristico.

Tornando al Covid, la situazione dei ricoveri all'ospedale Urbani nell'ultimo periodo è sostanzialmente stazionaria. Ieri sono salti a tre i pazienti Covid in Terapia intensiva, nessuno dei quali vaccinato con nemmeno una dose. Altri due pazienti arrivati per patologie legate al virus si sono negativizzati perché le degenze nel reparto diretto dal dottor Tonino Bernacconi continuano ad essere piuttosto lunghe, attorno al mese. Di questi due pazienti uno respira autonomamente è cosciente e sarà presto dimesso dalla Terapia Intensiva l'altro ha ancora bisogno di assistenza respiratori, ma anche le sue condizioni sono in miglioramento. Restano invece stabili a 16 i pazienti che combattono contro il virus e sono ospiti del reparto non intensivo allestito nel reparto di Broncopneumologia. Un centinaio le persone seguite dalle Usca a domicilio. Stazionaria anche la situazione dei contagi in città, anche se nelle scuole si assiste ad un lieve miglioramento. Secondo il monitoraggio della Regione ieri erano 1.049 gli jesini positivi e 1.338 quelli in quarantena o isolamento. Dati sostanzialmente in linea con quelli dei giorni scorsi.

Sara Ferreri.



Il Giornale Salute e Sanità

Continua a tenere banco il tema della carenza dei medici di base.

Continua a tenere banco il tema della carenza dei medici di base. Giovedì è andato in pensione l'ultimo dottore del Giambellino, lasciando scoperti ben 1.800 pazienti, tra cui moltissimi anziani che stanno impazzendo per riuscire a trovare un ambulatorio per l'estate dove poter chiedere le ricette ed essere visitati.

Emblematico anche il caso degli ottocento cittadini, anche qui molte persone d'età, costrette a viaggiare da Suardi, Gambarana e Pieve del Cairo sino a Lomello dopo il pensionamento del loro medico.

In tutta la Lombardia si stimano a questo punto almeno 250mila cittadini penalizzati da organici evidentemente non più sufficienti. Ma lo scenario che si prospetta per il futuro è ancora più allarmante dato che nella nostra regione, entro il 2028, andranno in pensione altri 4.167 medici di famiglia. Ieri, però, qualcosa si è iniziato a muovere: la giunta guidata dal governatore Attilio Fontana ha approvato un piano di contrasto alla carenza dei medici di famiglia, «utilizzando tutti gli strumenti a disposizione della Regione su una materia di competenza del ministero della Salute».

Nel piano della Lombardia viene introdotto il tirocinio professionalizzante per permettere ai medici in formazione di concorrere all'assegnazione degli ambiti carenti e poter quindi coprire fino a mille assistiti. «In attesa di segnali, speriamo a breve, dal ministro della Salute intanto si inizia a muovere la Regione Lombardia grazie alla spinta politica della Lega» spiega Fabrizio Cecchetti, vice capogruppo della Lega alla Camera dei Deputati e coordinatore della Lega Lombardia che mercoledì ha fatto un intervento in parlamento chiedendo «al Ministro della Salute Roberto Speranza di studiare un piano nazionale di revisione dell'attuale assetto del sistema della medicina territoriale. Meno tagli in sanità, più investimenti: solo così potremo valorizzare la figura dei medici base e garantire una loro presenza soddisfacente negli ambulatori territoriali nazionali».

Oggi il gruppo della Lega in Regione presenterà un ordine del giorno per chiedere al governo di ripristinare il numero delle borse di studio, dimezzate a 313, di anticipare il termine del corso di formazione 2018-21 per permettere agli specializzandi. «È arrivato il momento di eliminare il numero chiuso alla Facoltà di Medicina» sottolinea Roberto Anelli, capogruppo della Lega al Pirellone.



Sanità: sindaco, carenza medici a ospedale della Gruccia

(ANSA) - MONTEVARCHI (AREZZO), 26 AGO - "Passano i mesi e continuo ad essere molto preoccupata per la mancanza di medici nel nostro **ospedale** che genera gravi ripercussioni sui servizi di Pronto Soccorso. Una carenza di organico, soprattutto in Emergenza Urgenza che è stata tamponata, secondo quanto stabilito da una delibera regionale, con l' aiuto dei medici di Medicina Interna, Chirurgia Generale e Cardiologia, costringendoli ad un ulteriore carico di lavoro già consistente e fuori del loro specifico settore di competenza". Lo **denuncia** il sindaco di Montevarchi (Arezzo) Silvia Chiassai Martini. "Una condizione inaccettabile - prosegue - se si pensa che la Regione ha riconosciuto all' **ospedale** della Gruccia la classificazione di 1 livello per poi far funzionare il pronto soccorso 'usando' gli specialisti. E' uscito un concorso in piena estate e ormai da troppe settimane si aspetta l' assunzione tramite la graduatoria da cui attingere. Non si capisce perché non si proceda visto che ci sono diverse richieste dei medici di venire nel nostro **ospedale**". Per il sindaco "Regione e **Asl** devono sbloccare una situazione drammatica di insufficienza di personale in un momento storico e delicato come questo, soprattutto in cui

si devono garantire le risorse necessarie a coprire le spese del personale medico e i bisogni di un bacino di utenza sanitaria che serve oltre 100.000 abitanti essendo attrattivo anche per l' area fiorentina. Aspetto dichiarazioni chiare sulle risorse destinate al Valdarno per la gestione dell' emergenza e per risolvere le criticità, investendo sul potenziamento dell' organico, rispetto alle altre realtà e alle altre province della Toscana". (ANSA).



Campania, carenza di medici: la Regione attiva le procedure emergenziali

Per sopperire alla grave carenza del personale **medico** negli ospedali di periferie, ed in particolar modo delle aree interne, la Regione Campania ha attivato tutte le procedure di reclutamento previste dalla normativa emergenziale. Lo ha detto l' assessore alle Attività Produttive della Regione Campania, Antonio Marchiello, rispondendo ad una interrogazione del consigliere Tommaso Pellegrino. Marchiello ha però escluso l' erogazione di incentivi per i medici che vanno a lavorare nei presidi di periferia perchè non prevista dai contratti nazionale di lavoro. Un aiuto potrà venire dal **processo** di stabilizzazione del personale sanitario assunto a tempo nel periodo dell' emergenza Covid . APPROFONDIMENTI LA **SANITÀ** **Sanità** in Campania, verso Cup unico regionale: «I tetti...



sabato 06 novembre 2021

Rassegna Stampa News

Tribunale del Malato

Allarme in ospedale: "Anziani lasciati sulle barelle per giorni, grave carenza di medici"

A lanciare l'allarme è il Tribunale dei Diritti del Malato di Jesi, coordinato da Pasquale Liguori, che chiede un rapido...

RASSEGNA STAMPA

JESI - «Sono arrivate numerose segnalazioni di parenti di anziani che arrivano al pronto soccorso per varie patologie non Covid e che, purtroppo per loro, vi restano anche per cinque giorni peraltro su letti/barella non certo confortevoli»...



venerdì 15 ottobre

**corriereadriatic
o.it**

dei cittadini e delle cittadine, anche di chi vive in montagna e nelle aree interne delle Marche» conclude Lupini. ©RIPRODUZIONE RISERVATA.

Annex 4b: File press review analysis grid

Regione	Città	TDM/Assemblea territoriale coinvolta	Fonte dell'informazione	Data dell'informazione	Oggetto della segnalazione
Marche	Jesi	Tribunale dei Diritti del Malato di Jesi, coordinato da Pasquale Liguori		06.11.2021	Allarme in ospedale: "Anziani lasciati sulle barelle per giorni, grave carenza di medici ". «Sono arrivate numerose segnalazioni di parenti di anziani che arrivano al pronto soccorso per varie patologie non Covid e che, purtroppo per loro, vi restano anche per cinque giorni peraltro su letti/barella non certo confortevoli»...
Campania	Campania	/	ilmattino.it	04.02.2022	Per sopperire alla grave carenza del personale medico negli ospedali di periferie, ed in particolar modo delle aree interne, la Regione Campania ha attivato tutte le procedure di reclutamento previste dalla normativa emergenziale. Lo ha detto l'assessore alle Attività Produttive della Regione Campania, Antonio Marchiello, rispondendo ad una interrogazione del consigliere Tommaso Pellegrino. Marchiello ha però escluso l'erogazione di incentivi per i medici che vanno a lavorare nei presidi di periferia perchè non prevista dai contratti nazionale di lavoro. Un aiuto potrà venire dal processo di stabilizzazione del personale sanitario assunto a tempo nel periodo dell'emergenza Covid
Toscana	Montevarchi (Arezzo)	/	giornale Trentino.it	26.08.2022	Mancanza di medici nell'ospedale genera gravi ripercussioni sui servizi di Pronto Soccorso. Una carenza di organico, soprattutto in Emergenza Urgenza che è stata tamponata, secondo quanto stabilito da una delibera regionale, con l'aiuto dei medici di Medicina Interna, Chirurgia Generale e Cardiologia, costringendoli ad un ulteriore carico di lavoro. Lo denuncia il sindaco di Montevarchi (Arezzo) Silvia Chiassai Martini. "Una condizione inaccettabile - prosegue - se si pensa che la Regione ha riconosciuto all'ospedale della Gruccia la classificazione di 1 livello per poi far funzionare il pronto soccorso 'usando' gli specialisti.

Lombardia	Lombardia	/	Il Giornale	06.07.2021	Carenza dei medici di base: giovedì è andato in pensione l'ultimo dottore del Giambellino, lasciando scoperti ben 1.800 pazienti, tra cui moltissimi anziani che stanno impazzendo per riuscire a trovare un ambulatorio per l'estate dove poter chiedere le ricette ed essere visitati. Emblematico anche il caso degli ottocento cittadini, anche qui molte persone d'età, costrette a viaggiare da Suardi, Gambarana e Pieve del Cairo sino a Lomello dopo il pensionamento del loro medico. La giunta guidata dal governatore Attilio Fontana ha approvato un piano di contrasto alla carenza dei medici di famiglia, «utilizzando tutti gli strumenti a disposizione della Regione su una materia di competenza del ministero della Salute». Nel piano della Lombardia viene introdotto il tirocinio professionalizzante per permettere ai medici in formazione di concorrere all'assegnazione degli ambiti carenti e poter quindi coprire fino a mille assistiti. Oggi il gruppo della Lega in Regione presenterà un ordine del giorno per chiedere al governo di ripristinare il numero delle borse di studio, dimezzate a 313, di anticipare il termine del corso di formazione 2018-21 per permettere agli specializzandi. «È arrivato il momento di eliminare il numero chiuso alla Facoltà di Medicina» sottolinea Roberto Anelli, capogruppo della Lega al Pirellone
Marche	Jesi	Tribunale dei Diritti del Malato di Jesi, coordinato da Pasquale Liguori	Il Resto del Carlino (ed. Ancona)	04.02.2022	La carenza di medici all'ospedale Carlo Urbani, denunciata più volte e da tempo ormai dal comitato a difesa dell'ospedale e dal Tribunale del Malato e anche dal sindacato, si trascina da mesi nel reparto diretto da Mario Caroli con inevitabili disagi per l'utenza eppure non sono stati messi in cantiere degli interventi, nemmeno tampone. Eppure in altre aree vaste della nostra regione si assume personale medico ed infermieristico.
Lazio	Aprilia	Tribunale per i Diritti del Malato di Aprilia, tramite il coordinatore Claudio Frollano	ilmessaggero.it	18.11.2001	Carenza di medici di base , ad Aprilia. L'emergenza per la carenza di medici è stata più volte segnalata dal Tribunale per i Diritti del Malato di Aprilia, tramite il coordinatore Claudio Frollano, che ha raccolto le istanze dei cittadini rilanciando poi la notizia tramite i media locali. Sono diversi giorni che i pazienti chiedono di risolvere il problema, ora finalmente la svolta
Sicilia	Licata	/	La Sicilia (ed. Sicilia Centrale)	2.7.2021	LICATA. Poco personale e disservizi in ospedale: dopo i sindacati e la politica la denuncia arriva dai medici della Medicina di base che evidenziano vuoti in organico. Carenze e disservizi in ospedale, dopo i sindacati e la politica la denuncia arriva dai Medici di Medicina di Base. "C'è una gravissima carenza di medici in quasi tutti i reparti , tale da non permettere la copertura di tutti i turni necessari per il buon funzionamento della struttura". I Medici di Base chiedono "il coinvolgimento e la presa di posizione degli onorevoli locali, della VI commissione sanità dell'ARS, dell'Ordine dei medici di Agrigento, delle amministrazioni comunali e dei consigli comunali di Licata, Palma e di tutti i comuni limitrofi che, per motivi di vicinanza, trarrebbero beneficio dal potenziamento del nosocomio licatese, del Tribunale dei diritti del malato, dei sindacati, soprattutto di quelli che operano nella sanità, di tutte le associazioni operanti nel territorio e di tutta la società civile,

					perché la salute è un bene comune che interessa tutti, nessuno escluso".
Toscana	Lucca	/	iltirreno.it	25.11.2021	<p>Specializzandi in corsia per far fronte alle carenze di medici nei pronto soccorso. Questa la soluzione-tampone che, presto, arriverà da parte di Regione Toscana e Asl, in collaborazione con Estar, per far fronte alla mancanza di medici al pronto soccorso. Cento professionisti in tutto il territorio dell' Asl Toscana nord ovest - questo il numero quantificato dalla Uil Fpl dirigenza sanitaria di Lucca - tra i pronto soccorso e il servizio 118 a rischio collasso per la «grave mancanza di personale».</p> <p>«Ma il problema non è solo locale - sottolinea - . Anzi, la situazione è la stessa in tutto il territorio nazionale».Una denuncia fatta dagli stessi sindacati, a difesa dei colleghi ormai stremati: «Il carico di lavoro per i medici di pronto soccorso e 118 non è più sopportabile e per il personale con più di 62 anni si continua a disporre tutti notturni a fronte di un contratto di lavoro che ne chiederebbe la loro esenzione», precisa la UilFpl dirigenza sanitaria. E le soluzioni - secondo quanto spiegato dalla dottoressa Maielli - sono principalmente due: una riorganizzazione interna del personale a supporto dei reparti in cui la situazione è più critica e l' inserimento degli specializzandi. Anche nei pronto soccorso.«Ci sarebbe bisogno di più specialisti - sottolinea - ma con le scuole di specializzazione a numero chiuso non è possibile riuscire a sanare del tutto il divario tra domanda e offerta. «lo stress lavoro correlato a cui sono sottoposti i medici del dipartimento di emergenza e urgenza sta spingendo i medici stessi ad abbandonare il lavoro e a indirizzarsi verso altre realtà in un esodo che ci lascerà del tutto scoperti e privi di validi professionisti già formati»</p>

Sicilia	Avola /Noto	Vittorio Padua, coordinatore di Cittadinanza Attiva/Tribunale del Malato	La Sicilia (ed. Siracusa)	30.12.2021	"Considerate le gravi difficoltà funzionali delle unità operative per acuti, Chirurgia e Ortopedia, appare inopportuno attivare, nell'ospedale di Avola/Noto, un punto nascita e il relativo reparto di Ginecologia e Ostetricia". Lo afferma Vittorio Padua, coordinatore di Cittadinanza Attiva/Tribunale del Malato. 'C'è una grave carenza di medici-anestesisti , destinata ad aggravarsi con l'annunciata riattivazione della Ostetricia al Di Maria- sottolinea Padua- l'apertura del reparto richiederebbe la costante presenza di un anestesista'. Secondo Cittadinanza attiva, l'impiego di personale anestesista nel nuovo reparto, creerà sul piano assistenziale, difficoltà funzionali e organizzative in tutti i servizi chirurgici dell'ospedale. "I pochi Anestesisti/Rianimatori in servizio,- prosegue Padua - non riuscirebbero a garantire la dovuta assistenza clinica, in tutta sicurezza, dei reparti chirurgici, per quanto concerne le prestazioni interventistiche e post interventistiche".
Campania	Piedimonte Matese	Margherita Riccitelli di Cittadinanza Attiva-Matese	Il Mattino (ed. Caserta)	10.02.2022	«All'ospedale di Piedimonte Matese c'è carenza di medici specializzati nell'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia e l'assistenza, cure, parti e punto nascita sono a rischio». Inoltre da Riccitelli «l'invito alla Direzione Aziendale e alla Direzione del Dipartimento Materno-Infantile affinché provvedano a porre in essere con urgenza iniziative per evitare la cronica carenza di medici specializzati. infine, Cittadinanza Attiva-Matese sollecita ancora una volta i sindaci e le istituzioni locali, affinché uniscano le loro forze per intervenire con urgenza presso l'Asl di Caserta».
Sicilia	Ragusa	/	Quotidiano Sanità	05.11.2021	C'è una grave carenza di personale medico nei Pronto Soccorsi del territorio di Ragusa, con carenza dei dirigenti medici nelle discipline di emergenza, soprattutto, nelle ASP delle province più piccole. Lo denuncia la Asp in un nota. Da parte del direttore generale, Angelo Aliquò, l'auspicio che "al più presto, arrivino forze nuove, a riparare gli errori del passato quando si sono stati ridotti i numeri degli ammessi alle scuole di specializzazione pensando che la sanità fosse troppo cara. Infatti, bisognava e bisogna tagliare gli sprechi garantendo una rimodulazione che porti a scelte ragionate e indirizzata a raggiungere obiettivi formativi e professionalizzanti e non puntare su un approccio di tipo ragionieristico basato su una logica di risparmio tout-court".

Piemonte	Asti	Tribunale del Malato (rete Cittadinanzattiva Piemonte Aps) che ad Asti ha come referente Tiziana Valente	lastampa.it	19.11.2021	<p>La carenza di medici di famiglia è un' emergenza nazionale. In Piemonte si corre ai ripari con I medici di famiglia piemontesi che potranno avere fino a 1.800 assistiti , in deroga provvisoria al tetto dei 1.500 previsti dal contratto nazionale. Lo stabilisce l'accordo raggiunto tra la direzione della Regione e le organizzazioni dei medici di medicina generale (Fimmg, Snami, Smi). Come spiegato dall' assessore Luigi Icardi, l'obiettivo è «andare incontro alle necessità dei cittadini che si trovano in difficoltà a reperire un nuovo medico, quando il proprio va in pensione o cessa l' attività». Se in Asti città ci sono più possibilità, diverso il discorso sul territorio dove la rosa di medici è più ristretta. La carenza di medici di famiglia è un' emergenza nazionale: «Che richiede soluzioni nazionali - continua - ma che il Piemonte sta affrontando con tutti i mezzi a disposizione, favorendo l' accesso al servizio di assistenza primaria». Tra le misure nell' accordo, il medico di famiglia potrà accettare anche i conviventi dell' assistito «con notevole beneficio per l' assistenza famigliare» (lo potrà fare entro il 5% del massimale). Tetto di pazienti aumentato anche per i medici di medicina generale che esercitano nelle Rsa: per loro si sospende la limitazione del massimale individuale di 40 assistiti per ogni ora di assistenza prestata in Rsa, in modo da non penalizzare i pazienti in carico. Nell' Asl di Asti, sportelli sono dedicati a scelta e revoca del medico di base. L' azienda sta anche promuovendo procedure tecnologiche che consentono scelta e cambio del medic o immediate,con un click.</p>
Puglia	Taranto	Tribunale dei Diritti del Malato	Quotidiano di Puglia (ed. Taranto)	07.08.2021	<p>Ospedale di Taranto: la Cisl Funzione Pubblica di Taranto ha proclamato lo stato di agitazione per le gravi criticità nel Pronto Soccorso del Santissima Annunziata. In data 8 luglio si denunciava lo stato di disagio e di pericolo in cui versano i lavoratori e l' utenza del Pronto Soccorso del Santissima Annunziata, a distanza di un mese non si è posto rimedio alla grave carenza di personale medico. E ancora: a seguito del pensionamento del dottor Forleo è in pericolo la continuità di servizio del reparto di Unità di Terapia Intensiva Neonatale. Secondo quanto dichiarato dal direttore generale dell' Asl Taranto sulla stampa, questa situazione è dovuta alla gravissima carenza di medici intensivisti neonatologi che interessa tutto il territorio nazionale e in particolare l' area ionica. Secondo quanto denuncia il Tribunale dei Diritti del Malato, i problemi connessi alla mancanza di personale medico sono noti al management aziendale già dal 2015.</p>

Lombardia	San Vittore (MI)	/	Settegorni (ed. Legnano)	10.09.2021	<p>Siamo un paese di 8.500 abitanti e sono in servizio un medico e mezzo: non basta. A San Vittore scoppia l'emergenza medici di base. Dopo i recenti pensionamenti, vi sono solo due medici di medicina generale attivi in paese (tra cui uno in servizio anche in un altro comune). E c'è preoccupazione tra i pazienti.</p> <p>«Chiederemo al sindaco di farsi portavoce al Ministero della Salute e al Ministero dell'Università e della ricerca per chiedere di incrementare i finanziamenti per le borse di studio, riportandole almeno alla quota prevista per il triennio 2019-2022 (313) per la formazione dei medici, di anticipare la fine del corso di formazione 2018-2021 - previsto attualmente a marzo 2022 - pur mantenendo invariato il monte ore curriculare così da avere 379 tirocinanti come effettivi - afferma il capogruppo Roberto Morlacchi - Ma anche di rivedere l'Accordo collettivo nazionale in funzione di una premialità quale a titolo esemplificativo l'assistente di studio per i medici di base sia in forma singola che associata, in rete e in cooperativa, per i medici che decidono di aumentare il massimale assistiti, di incentivare il lavoro in equipe con professionisti sanitari come infermieri, psicologi, assistenti sociali e prevedere forme di sostegno quali la telemedicina, di aumentare la quota di assistiti per i medici in formazione al terzo anno a 650 a 1000 mantenendo la borsa di formazione, di semplificare l'accesso agli ambienti carenti di medici già in possesso di specializzazione-soprannumerari che volessero intraprendere la carriera di medici di base e di valutare una rimodulazione degli accessi alla facoltà di Medicina tale da soddisfare le esigenze derivanti dalle attuali carenze». Morlacchi ricorda: «La carenza di medici di base è effetto dell'invecchiamento della popolazione e della classe medica, dei tagli al reclutamento degli anni passati per scelta dei Ministeri e di alcuni farraginosi meccanismi nell'assegnazione degli ambiti carenti e occorre trovare una soluzione che mitighi il rischio per il cittadino di trovarsi senza medico di famiglia».</p>
Marche	Jesi (Tribunale del Malato di Jesi, tramite il responsabile Pasquale Liguori	Il Centro	20.09.2021	<p>Ospedale Carlo Urbani JESI - Un doppio appello, lanciato dal Tribunale del Malato di Jesi. «Alle istituzioni - spiega il responsabile Pasquale Liguori - per intervenire sulla carenza di organico al pronto soccorso di Jesi, ma anche ai cittadini di non recarsi per patologie non pertinenti con l'emergenza». Spiega Liguori: "In questi giorni, con il gran caldo, gli afflussi sono cresciuti, quasi 100 al giorno, e si tratta in maggior parte di anziani con più patologie che poi spesso vengono ricoverati in Medicina, dove vengono tenuti pochi giorni e poi dimessi". La discussione si è incentrata sulla carenza di medici al PS. Ne mancano ancora cinque. Abbiamo ribadito ancora una volta che, non essendoci disponibilità di medici specialisti in medicina d'urgenza, l'unica possibilità di coprire le carenze è assumere medici specializzandi come già si fa in alte regioni. Il dottor Guidi ci ha riferito che finalmente la Regione ha deciso di seguire tale strada e ha stipulato un accordo con l'Università Politecnica Marche al fine di poter dare possibilità di accedere ai concorsi anche agli specializzandi dal terzo anno in poi.</p>

Lombardia	Provincia di Como	/	laprovinciadico.it	06.11.2021	<p>Cómo: I pronto soccorso tornano a riempirsi di pazienti, mancano però all'appello medici e infermieri. Ospedali, code in pronto soccorso ma il Covid non c'entra: «Poco personale». C'è una cronica mancanza di personale, che si palesa in una grande presenza di pazienti non covid nei pronto soccorsi comaschi, con un'attesa media a San Fermo di nove ore per un codice verde e di sei per un codice giallo. La maggior parte dei pazienti si riscontra al Sant' Anna, 70 casi, poi al Sant' Antonio Abate di Cantù, 39 pazienti, e al Valduce, 22, meno ai presidi di Erba, Gravedona e Menaggio. C'è una cronica mancanza di personale, lo certifica nero su bianco l' Asst Lariana: «i servizi di emergenza urgenza soffrono da anni una carenza di professionisti, aggravata ulteriormente dall' emergenza pandemica, i posti disponibili nelle scuole di specializzazione per la medicina di emergenza urgenza sono più numerosi dei giovani laureati che vi si iscrivono, il che significa che i medici di pronto soccorso sono sempre più rari». Il carico di lavoro è intenso, i rischi alti. Vicino c' è la Svizzera che paga molto meglio. «Il risultato è che i numerosi e continui bandi pubblicati da Asst Lariana - spiega ancora l' ex azienda ospedaliera - per l' assunzione di professionisti non coprono tutti i posti disponibili così come accade in molte strutture del territorio regionale e nazionale». Mancano internisti nei pronto soccorsi, anestesisti, ma anche reumatologi e nefrologi, i reparti di cardiologia e dermatologia sono in affanno. La stessa denuncia è stata lanciata anche dai vertici di Ats Insubria. Nelle linee guida nazionali e regionali ci sono molti progetti e finanziamenti per infrastrutture e nuovi servizi. Mancano però i professionisti per fare funzionare la nostra sanità.</p>
Veneto	Provincia di Vicenza	/	ilgiornaledivivenza.it	15.10.2021	<p>Santorso, Pronto soccorso dell'ospedale Alto Vicentino, il medico non c'è. «È in sala operatoria, ma prima o poi arriva», «Non è possibile che ci sia un solo medico, e poi ci tocca anche pagare ugualmente se ce ne andiamo». L' infermiere spiega che il problema è dovuto alla carenza di medici.</p>
Campania	Sorrento	Tribunale per i diritti del malato, col suo presidente Giuseppe Staiano	Il Mattino (ed. Circondario Sud)	12.11.2021	<p>"Carenza di medici e servizi inadeguati per un' utenza che nel periodo estivo raddoppia. Una situazione che disincentiva i medici a coprire i posti vacanti e che potrebbe trovare soluzione formalizzando, per il presidio di Sorrento, la qualificazione di sede disagiata" afferma il sindaco di Sorrento, Massimo Coppola, intervenuto in audizione davanti alla commissione Sanità della Regione, presieduta da Vincenzo Aiata per evidenziare le carenze dell' assistenza ospedaliera in Costiera. Presso il Santa Maria della Misericordia, l' attuale offerta assistenziale non arriva che alla metà della dotazione di personale prevista. Resta di somma urgenza la necessità di reperire personale medico di Anestesia e al Pronto Soccorso, una battaglia sostenuta anche dall' Unità pastorale dell' Arcidiocesi di Sorrento, da associazioni e movimenti civici. Tra questi, il più agguerrito è il Tribunale per i diritti del malato. «Siamo stanchi di promesse e impegni per un futuro remoto - sbotta il presidente Giuseppe Staiano - Se nelle prossime 48 ore non si troveranno soluzioni concrete e definitive,</p>

					mobilitaremo malati e famiglie per una grande manifestazione».
Lazio	Subiaco e Monterotondo (Pr. Roma)	Giuseppe Lustrissimi del Tdm-Tribunale del Malato	Il Messaggero (ed. Viterbo)	01.10.2021	<p>Rischio di chiusura notturna per i pronto soccorso degli ospedali di Subiaco e Monterotondo. Lo rivelano e lo denunciano un consigliere regionale del gruppo misto e il Tribunale del Malato. Tutto nascerebbe dalla carenza di medici dell' emergenza nei cinque ospedali della Asl Rm5 diretta da Giorgio Santonocito, in seguito anche alla scadenza del contratto con una cooperativa che fornisce alla azienda sanitaria il lavoro di ben 12 camici bianchi. Dalle otto di sera alle otto del mattino i servizi potrebbero mancare. È stato un flop il concorso di aprile per 29 posti nell' emergenza urgenza: avevano risposto solo in quattro. Il Tribunale del Malato: «Si fanno ipotesi con scenari preoccupanti dice Giuseppe Lustrissimi del Tdm - per Subiaco e Monterotondo a partire dal 15 ottobre. La Asl Rm 5 ritiri questa ipotesi e non declassi i pronto soccorso di questi due ospedali in Punti di primo intervento». Il Tribunale del Malato sollecita la Asl anche su altre problematiche all' ospedale Angelucci di Subiaco. «Al reparto di Chirurgia sono rimasti due medici in organico conclude Giuseppe Lustrissimi del Tdm di Tivoli e Subiaco non è stato sostituito il responsabile. La Lungodegenza è chiusa da novembre e la navetta per casi non urgenti è attiva solo dalle 8 alle 20, poi deve arrivare da Tivoli».</p>

Marc he	Senig allia	Tribunale del Malato	Il Resto del Carlino (ed. Ancon a)	13.02.2 022	<p>SENIGALLIA: Ospedale Principe di Piemonte, Pronto soccorso, in attesa di una risposta si tampona con i medici del 118.</p> <p>Medici in affanno, impossibile organizzare le turnazioni dopo che un medico si è contagiato e un altro è pronto a ricoprire un nuovo incarico, quello di medico di base. Non bastano più i doppi turni e i riposi, per organizzare il lavoro, dove tra i medici in servizio è compreso un contrattualizzato co.co.co e una guardia interdivisionale che spesso si trova in difficoltà a gestire alcune patologie in quanto non sarebbero di sua competenza. Una situazione difficile, portata avanti per anni nonostante le numerose proteste del Tribunale del Malato e dei cittadini costretti a lunghe attese proprio per la carenza dei medici. Per non parlare delle difficoltà a cui si va incontro se di notte si verificano due urgenze, una in reparto e l'altra al Pronto soccorso, contemporaneamente. I senigalliesi sperano che si possa trovare, finalmente, una soluzione definitiva dopo anni di promesse per il Pronto soccorso dell'ospedale che, in vista della stagione estiva, andrebbe potenziato ulteriormente. Sarebbero sei i medici necessari per effettuare regolari turnazioni e garantire un minimo riposo, anche ieri alcuni medici in servizio hanno coperto turni di dodici ore in attesa di un medico del 118 che dovrebbe arrivare in supporto, per tamponare momentaneamente le assenze e garantire la continuazione del servizio. Un servizio che ancora funziona grazie ai medici e a tutti gli operatori che ogni giorno allungano il loro turno consentendo così di sostituire il personale mancante. Difficoltà annunciate che vanno risolte in tempi brevissimi, proprio come auspicato dal primo cittadino per evitare di farsi trovare impreparati alla partenza della stagione estiva com'era avvenuto un anno fa. Proprio a causa di carenza del personale il servizio estivo di guardia medica turistica era partito con un mese di ritardo rispetto agli anni precedenti. I medici e i sindacati hanno più volte fatto presente che la carenza di personale è dovuta al fatto che il lavoro del Pronto soccorso viene retribuito troppo poco e i medici preferiscono così accettare incarichi in altri reparti o nella medicina di base.</p>
Regi one	Città	TDM/Assem blea territoriale coinvolta	Fonte dell'inf ormazi one	Data dell'info rmazion e	Oggetto della segnalazione
Sicilia	Sciacc a		La Sicilia (ed. Sicilia Centra le)	26 settemb re 2021	<p>Ospedale, mancano medici nel reparto di Ortopedia: La dotazione organica prevista è di otto sanitari, dal prossimo mese si arriverà al di sotto del 50 per cento, con la reale impossibilità di redigere un programma di turnazione, che già imponeva turni di 24 ore per coprire le esigenze.</p>
Basili cata	Mater a		quotidi anodel sud.it	09 luglio 2021	<p>Matera, continua il calvario delle liste d'attesa. Visite bloccate, nessun miglioramento nelle strutture sanitarie Asm e si ricorre agli interinali. Resta cronica ed irrisolta, la carenza di medici ed infermieri, con l'aggravante che chi si impegna con le vaccinazioni, percependo la relativa indennità (80 euro i medici e 50 gli infermieri), poi non dà la disponibilità ad effettuare le</p>

					prestazioni aggiuntive, per ridurre le liste d' attesa, che a volte superano i 12 mesi, laddove non ci sono situazioni di urgenza conclamata, che comunque si riescono ad evadere in non meno di 15-20 giorni.
Molise			Quotidiano Sanità	01-Sep-21	In Molise mancano gli Anestesisti, l' Asrem ci riprova. Il primo avviso pubblico del 31 dicembre 2020 per soli titoli, finalizzato all' assunzione a tempo determinato di tre medici specializzati in Anestesia e Rianimazione è andato deserto, mentre al concorso bandito lo scorso marzo per l' assunzione di otto medici della stessa disciplina ha partecipato un solo candidato risultato idoneo. L' Azienda sanitaria regionale del Molise (Asrem) ha deciso di bandire un nuovo concorso per l' assunzione a tempo indeterminato di sette medici.
	Treviso		ilgazzettino.it	12-Feb-22	Medici di base, sos per 100mila trevigiani: caccia ai neolaureati. Sono quasi 100mila i trevigiani che nel corso del 2022 saranno costretti a cambiare medico di famiglia. E davanti alla pesante carenza di camici bianchi, buona parte non potrà fare altro che rivolgersi a medici in servizio fuori dal proprio comune di residenza.
Marche	San Benedetto (Fermo)		Corriere Adriatico (ed. Fermo)	09-Feb-22	Medicina d' urgenza in crisi.
Liguria			lanazio.it	31-Jul-21	"Pronto soccorso ok, ma mancano i pediatri" "Chiuso di notte il pronto soccorso pediatrico alla Spezia, chiuse dal 1° agosto le sale operatorie di Sarzana, chiusi i reparti, già precedentemente accorpati, di Urologia-Chirurgia-Ortopedia a Sarzana, sospesa la disponibilità, per carenze di organico, dei medici del 118 per i trasferimenti di pazienti critici, chiuso nelle ore pomeridiane e notturne il servizio di sala gessi a Sarzana
Lombardia			La Prealpi	10-Jul-21	Mancano medici di base.La Regione cerca rimedi. Fontana: attenzione al territorio. L' Insubria: percorsi velociRecuperare i ritardi nella cura degli "altri" pazienti, quelli che nei 500 giorni della pandemia sono rimasti indietro, perché non c' era alternativa. Risolvere il problema dei vuoti sempre più grandi nelle file dei medici di base, rendendo più agevole il loro "arruolamento".
Marche	Jesi		Centro Pagina	31-Jul-21	Carenza di personale, zanzare e climatizzazione: presentato un esposto in Procura sull' ospedale 'Carlo Urbani' Ai nodi dell' ospedale, al centro dell' esposto presentato dal Tdm e dal Comitato, vi è soprattutto la carenza di medici. L' ospedale Carlo Urbani di Jesi JESI - I problemi dell' ospedale 'Carlo Urbani' sono sempre i soliti: carenza di personale, tanto medico che infermieristico, la presenza - tutto l' anno - di zanzare nei vari reparti e il malfunzionamento dell' impianto di climatizzazione.

Toscana			Panorama Sanità	08-Sep-21	Toscana, Fismu: I servizi sanitari sul territorio in piena emergenza. Altro che modello sanitario toscano: i servizi sul territorio (medicina di famiglia, di continuità assistenziale, del 118) sono in grave crisi, prossimi a una situazione di emergenza. Mancano i medici e la programmazione, si tagliano risorse, si apre ai privati.
Campania			ilmattino.it	04-Feb-22	Campania, carenza di medici: la Regione attiva le procedure emergenziali. Per sopperire alla grave carenza del personale medico negli ospedali di periferie, ed in particolar modo delle aree interne, la Regione Campania ha attivato tutte le procedure di reclutamento previste dalla normativa emergenziale. Marchiello ha però escluso l'erogazione di incentivi per i medici che vanno a lavorare nei presidi di periferia perché non prevista dai contratti nazionali di lavoro. Un aiuto potrà venire dal processo di stabilizzazione del personale sanitario assunto a tempo nel periodo dell'emergenza Covid.
Marche	Fabriano		corriereadriatico.it	15-Oct-21	Pediatria, si accende la battaglia per il personale: «Il servizio sia attivo tutto il giorno». Dopo il presidio di protesta di sabato all'ospedale Profili di Fabriano per chiedere il ripristino del reparto di Pediatria, oggi ridotto ad attività ambulatoriale con 12 ore di servizio al giorno dal lunedì al venerdì, il caso arriverà in Consiglio Regionale, con un'interrogazione della consigliera del Movimento 5 Stelle, Simona Lupini.
Toscana	Valtiberina		lanazione.it	15-Feb-22	Appello dei sindaci: ospedale da potenziare Lettera alla Regione con l'obiettivo di migliorare l'organizzazione anche delle cure intermedie. Medici di base, trovata la soluzione.
Campania	Salerno		lacittadisalerno.it	15-Nov-21	Oliveto Citra, ambulanze senza medico: salute a rischio L'allarme lanciato dal sindaco Carmine Pignata e dagli utenti: «Gravi ritardi nei soccorsi, così l'Alto Sele non viene tutelato» OLIVETO CITRA - «Senza medico a bordo delle ambulanze, le aree interne sono private del diritto alla salute».
Marche	Teramo		ilcentro.it	12-Nov-21	I sindaci della montagna contro i tagli: "La guardia medica resti a Colledara". I Sindaci della montagna teramana dell'Ambito distrettuale sociale n. 24, Gran Sasso Laga manifestano la loro ferma contrarietà alla soppressione della guardia medica di Colledara. Il provvedimento è previsto dalla Asl di Teramo e i primi cittadini di Castel Castagna, Castelli, Colledara, Crognaleto, Fano Adriano, Isola del Gran Sasso, Montorio al Vomano, Pietracamela, Tossicia, Campli, Cortino, Rocca Santa Maria, Torricella Sicura e Valle Castellana contestano apertamente la logica di razionalizzazione legata solo ai numeri, che non tiene conto della particolarità dei territori e che porta al depauperamento dei servizi nell'entroterra e al dilagante spopolamento.
Calabria	Cosenza		gazzettadel sud.it	27-Jul-21	Guardia medica nel Cosentino, Guccione: "Finalmente il decreto per gli incarichi vacanti"

Annex 5: list of activities to be carried out at local level

LIST OF ACTIVITIES TO BE CARRIED OUT IN THE PIEDIMONTE MATESE AND AVOLA/NOTO AREAS:

(time frame: May / September 2022)

1) ANALYSIS AND RESEARCH

Activities to be conducted **by MAY 2022:**

- Step 1.1: Conduct an **analysis of the main local stakeholders and key figures** such as patient organisations, health professionals (e.g. general practitioners and specialists, paediatricians, nurses, pharmacists, etc.) and other relevant stakeholders/community representatives (e.g. and other relevant interlocutors/community representatives (such as e.g. the contact person of the Internal Area, trade unions working in the health sector, directors of health districts/ASLs, etc.) and conduct **in-depth interviews** - following the guide provided
 - regarding the issue of so-called "medical deserts" in one's own context: experiences, perceptions and (possible/existing) measures to address/prevent the phenomenon of "medical deserts" in function of a better access to health services/social and health care.

The total number of interviews to be conducted is between 5 and 7, one for each stakeholder category.

- Step 1.2: Carry out **3 focus groups** - each one bringing together the above-mentioned three different types of stakeholders (patient organisations, health professionals/workers, community representatives) on the issue of so-called "medical deserts" in their context: experiences, perceptions and (possible/existing) measures to address/prevent the phenomenon of "medical deserts" as a function of better access to health services/social care and treatment.

At the end of each focus group, a document - shared by the participants - should be produced to highlight both the major problems that exist and the main recommendations to overcome them.

- Step 1.3: Conduct an analysis to **identify key figures at the political level, involved in decision-making at the local level** - at **different political levels and in different political areas** (e.g. local councillors, mayors, regional councillors and figures from both majority and opposition camps) - to conduct **in-depth interviews** on possible/existing policy measures to prevent/mitigate the phenomenon of medical desertification.

2) CONSENSUS BUILDING

Develop and build consensus on feasible and specific measures to support policy makers in combating and preventing the phenomenon of 'medical deserts'.

Activities to be conducted **by SEPTEMBER 2022:**

- Phase 2.1: Press launch (article, press release, etc...) of a working table (phase 2.2) - to be held in September
- as a political initiative promoted by the local Cittadinanzattiva reality with the involvement of local institutions and stakeholders, aimed at identifying common solutions related to the age-old problem of medical desertification. **(by JULY 2022)**

- Phase 2.2: the local Cittadinanzattiva team organises a **discussion** (e.g. working table) between representatives of each category of stakeholders and policy-makers at local level to compare and identify the "ideal mix of measures" priority to be adopted, taking into account the advantages (the potential benefits for the community) and the inevitable trade-offs (budgetary constraints related to healthcare spending, sustainability of Regional Healthcare Systems) **(by SEPTEMBER 2022)**

At the end of the confrontation, evidence must be given of the commitments made (e.g. press release, interviews, resolution, etc.).

- Phase 2.3: Cittadinanzattiva's local team, with the support of Cittadinanzattiva's national office, organises an ad hoc meeting between representatives of each local reality and national political representatives (e.g., Parliamentary Commission working on the issue, Ministry of Health, a Member of Parliament voted in their constituency, etc.) to discuss and select the measures needed to fight medical desertification: from local to national level. **(by SEPTEMBER 2022)**

In practice, each of the two local realities will bring its own "case study" to the attention of national institutions thanks to the facilitation provided by the national headquarters of Cittadinanzattiva. This will be preparatory to the final event - of a national nature and organised by the national headquarters of Cittadinanzattiva - in which the local realities of Piedimonte Matese and Avola/Noto will obviously participate.

Annex 6a: Guide to questionnaire

GUIDE TO UNDERSTANDING AND ADMINISTERING THE QUESTIONNAIRE ON MEDICAL DESERTIFICATION AND ACCESS TO CARE

To whom the questionnaire is addressed:

The questionnaire is addressed to the contact persons/responsible persons of patient organisations, health care operators/professionals (e.g. general practitioners and specialists, paediatricians, nurses, pharmacists, etc.) and other relevant stakeholders/community representatives (e.g. the contact person of the Internal Area, trade unions working in the health sector, health district/ASL directors, etc.).

If it is not possible to reach the contact persons/managers of these categories, it is also good to interview their representatives (general practitioner representing the medical profession, activist representing a patients' association, etc.).

Questionnaire structure:

The blue table below illustrates with definitions, criteria and an evaluation scale, the 4 sections of the questionnaire, aimed at identifying: A) the stakeholders' degree of knowledge of the phenomenon; B) their interest in and impact of the phenomenon; C) the stakeholders' ability to act for change; D) how the stakeholder stands towards the problem related to medical deserts.

The rating scale in each section will be used by us at a later stage in order to be able to make a quicker assessment of the answers and get a more complete picture of the situation according to the parameters.

Glossary:

By 'medical deserts' is meant the shortage of health personnel at the local level, which has a clear impact on health care and access to care by citizens and patients.

Stakeholders are those who have direct interests in a given issue, having the ability to influence decision-making processes or being affected by them, and who actively contribute to the development of the reality in which they live/work.

A. Stakeholder awareness of the phenomenon of medical deserts

Definition: stakeholder knowledge and understanding of the issue of medical deserts, the challenges they pose and the mechanisms through which they can be identified and addressed.

Prerogatives:

- Awareness of factors that could cause medical desertification
- Operational knowledge
- Understanding the importance of this issue
- Source of information

Rating scale:

- 0 - No knowledge (the person interviewed is not aware of the phenomenon of medical desertification)
- 1 - Limited knowledge (the respondent is aware of but has minimal knowledge on the topic of medical deserts)
- 2 - General knowledge (the respondent has direct (personal and/or professional) knowledge or experience of a medical desert)
- 3 - In-depth knowledge (the interviewee understands the phenomenon of medical desertification and/or has extensive direct (personal and/or professional) experience of a medical desert)

B. Stakeholder interest and impact on the medical deserts phenomenon

Definition: Stakeholder motivations and the perceived impact of health desertification on their business.

Prerogatives:

- Does medical desertification have a direct impact on their business?
- Is medical desertification a priority issue for the organisation?
- What is the perceived impact in terms of opportunities and costs for stakeholders?

Rating scale:

- 0 - No interest (the medical desert is neither considered a priority nor perceived as a phenomenon impacting on stakeholder activity)
- 1 - Limited interest (medical desert not considered a priority and has minimal impact on stakeholders)
- 2 - General interest (addressing medical deserts is a stakeholder priority as it has an impact - albeit moderate - on their activities)
- 3 - Great interest (addressing medical deserts is part of the stakeholders' core mission and the related issues have a strong perceived impact on their activities)

C. Stakeholders' capacity to influence changes in medical deserts

Definition: The potential ability of stakeholders to influence changes regarding the phenomenon of medical deserts.

Prerogatives:

- Capacity related to one's role (political, professional and/or civil society)
- Ability related to one's specific competences (competence in a particular field)
- Protection and advocacy skills (interpersonal relations, ability to influence others)

Rating scales:

- 1 - Limited capacity (stakeholders have limited capacity to influence the implementation of measures that bring about concrete changes)
- 2 - Intermediate capacity (stakeholders have a moderate capacity to influence the implementation of measures leading to concrete changes)
- 3 - High capacity (stakeholders have a high capacity to influence the implementation of measures that bring about concrete changes)

D. How do stakeholders deal with the problem of medical deserts

Definition: The stakeholder supports, opposes or is neutral towards the challenges identified in the medical desert.

Prerogatives:

- Degree of support or opposition expressed through one's activity/role
- Actions taken to demonstrate support or opposition

Rating scales:

- 1 - Strong opposition (stakeholder uses its activity/role to aggravate the situation of medical deserts)
- 2 - Moderate opposition (the stakeholder uses its activity/role to aggravate, albeit moderately, medical deserts)
- 3 - Neutral (the stakeholder does not use its activity/role and does not act for or against the issue of medical deserts)
- 4 - Moderate support (the stakeholder uses its activity/role to act moderately to improve the condition of medical deserts)
- 5 - Strong support (the stakeholder uses its activity/role to act strongly to improve the condition of medical deserts)

Annex 7: Questionnaire

QUESTIONNAIRE ON MEDICAL DESERTIFICATION AND ACCESS TO CARE

Name:
Surname:
Organisation:
Role:
Category (e.g. health care professional, civic/patient association, trade representative, etc.)):
Territorial area:
Email/phone:

Answers max. 300 characters

Estimated time of administration: 10-15 minutes

A. Stakeholder awareness of the phenomenon of medical deserts.

Question	Answer	Notes (to be completed by Cittadinanzattiva)
A.1 Do you live/work in an area with limited access to health services and thus to care? If yes, how would you describe your experience?		
A.2 What does the definition of medical desert mean to you?		
A.3 How would you describe your level of knowledge* of medical deserts?		

*** Note: knowledge can be scientific (e.g. gained from research), professional (e.g. gained from caring for people in medical deserts) and experiential (e.g. gained from living in medical deserts).**

B. Stakeholder views on medical deserts: degree of interest and impact.

Question	Answer	Notes (to be completed by Cittadinanzattiva)
B.1 What is the impact on your daily life, also in economic terms, of the difficulties in accessing health care and treatment in an area with the phenomenon of medical desertification?		
B.2 How interested are you in medical deserts being addressed? Why?		
B.3 How do you rate the level of interest of the local community in which you live/work in addressing medical deserts?		
B.4 Which category is most affected by the lack of access to health care in this area? Why?		

C. Stakeholders' ability to influence changes in medical deserts.

Question	Answer	Notes (to be completed by Cittadinanzattiva)
C.1 What is/could be the role of your organisation/the category you represent in addressing the issue of medical deserts?		
C.2 How much capacity do you think your organisation/category you represent has to influence concrete changes to combat medical desertification in your area?		
C.3 What other key figures do you think should be involved in tackling the medical deserts in your area? And why?		

D. How do stakeholders deal with the problem of sanitary deserts.

Question	Answer	Notes (to be completed by Cittadinanzattiva)
Q.1 What is the position of your organisation/the category you represent vis-à-vis the challenges related to medical deserts? **		
Q.2 What actions has your organisation/the category you represent taken to address the medical deserts in your area?		

**E.g. your organisation is not directly involved and therefore could define itself as neutral, vice versa it could be already engaged in the issue for years and therefore could define itself as strongly supportive of the resolution of the problem, etc.

Glossary:

By 'medical deserts' is meant the shortage of health personnel at the local level which has a clear impact on health care and access to care for citizens and patients.

Stakeholders are those who have direct interests in a given issue, having the ability to influence decision-making processes or being affected by them, and who actively contribute to the development of the reality in which they live/work.

LA STORIA

Milly Vietiano

Un gesto di grande solidarietà ed amore che ha salvato la vita ad almeno quattro persone. È la storia di Nila, la donna ucraina di 60 anni, deceduta più di un mese fa, dopo essersi recata al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione «Sant'Anna e San Sebastiano» di Caserta per un'emorragia cerebrale. Nila ha ridato vita e speranza a chi, magari, non ce l'aveva.

LA DONAZIONE

La donna aveva deciso, infatti, di donare in caso di decesso i suoi organi ed infatti, a seguito del periodo di osservazione e del parere favorevole espresso dai familiari, è stato effettuato un prelievo multiorgano: cuore, fegato, rene e cornea. Tuttavia, a questo nobile gesto non ha fatto seguito la giusta attenzione nei confronti dei familiari da parte di una burocrazia che sembra non sentire ragioni nemmeno di fronte alla morte e alla generosità. Così, essendo la coppia non regolare perché giunta in Italia prima della guerra, il marito Igor non ha potuto far cremare la moglie e riportarne in patria le ceneri, come lei desiderava.

Anzi, dopo aver bussato alle porte di enti pubblici, solo la generosità di un vicino di casa, un architetto di Succivo, ha consentito a Nila di trovare almeno una sepoltura in cimitero. La storia di Nila e l'odissea che si ritrova adesso a vivere suo marito, che già deve combattere per il dolore della perdita dell'amata moglie, è venuta fuori grazie alla esperienza e alla sensibilità del presidente dell'Associazione Italiana Trapiantati di Fegato (Aitf), Franco Martino, che è riuscito ad incontrare il signor Igor. Un incontro da cui è emersa tutta la forza di chi prova a superare il dolore della perdita di una persona cara, consentendo ad altre vite di fiorire. È, d'altro canto, la grandezza di chi ricorre grazie all'amore e alla solidarietà di

La solidarietà e la burocrazia

Lei muore e dona gli organi, lui non può portarla in patria

► Igor ha perso Nila ma è un ucraino «clandestino» e non può farla cremare ► L'Associazione trapiantati di fegato chiede una legge per i donatori immigrati

chidoma.

L'ASSOCIAZIONE

«Confesso che questa vicenda mi sta provando molto», spiega Martino - non è possibile che a seguito di un gesto di civiltà, di un atto d'amore verso il prossimo, qual è il donare gli organi per salvare vite umane, si debba poi vivere una vera e propria «odissea» come quella che tuttora sta vivendo il signor Igor. Questo caso limite pone l'accento su di un problema ai più visti che vedo noi volontari disarmati nell'affrontare analoghe situazioni, necessariamente, deve poter trovare una soluzione. Sono immensi e continui gli sforzi che si stanno producendo per diffondere la cultura della donazione alla cittadinanza.

I dati degli espianti

Donatori in lenta crescita, ma non basta ancora

LA SITUAZIONE

Grazie alla generosità di chi dona, sono presenti in lista d'attesa e in uno stato di salute critico possono tornare a sperare, altri ne «graziano», dice Franco Martino, presidente della sezione casertana dell'Associazione Italiana Trapiantati di Fegato.



I DONATORI Nila e Igor

donare solo dal 2007. Nel presidio ospedaliero di Piedimonte Matese, invece, dal 2014 ad oggi ci sono stati quattro donatori di organi, mentre dall'ospedale di Avversa le donazioni hanno avuto il via dal 2000 e ad oggi ne sono state effettuate dieci. In Campania, dal primo gennaio al 31 dicembre del 2021, su 63 donazioni ben 119 persone hanno trovato una nuova prospettiva di vita grazie alla solidarietà dei donatori. Infatti, sono stati eseguiti 44 trapianti di fegato, 21 di cuore e 55 di rene.

mi.vi.

di FOTOGRAFIA DI RICCARDO

equo a un numero sufficiente di operatori sanitari qualificati e motivati, a partire dai Paesi coinvolti nel progetto. Le organizzazioni partner di Ahead mirano a raggiungere questo traguardo acquisendo conoscenze, incoraggiando l'innovazione digitale nella fornitura di servizi sanitari e applicando un approccio partecipativo alle decisioni politiche sulla salute pubblica.

L'Assemblea territoriale di Cittadinanzattiva-Matese dal mese di Aprile 2022 è impegnata nello svolgimento e preparazione degli interventi, previsti dalla fase UNO, che interesseranno principalmente le aree del territorio montano e interno dell'Al-

za a causa della grave carenza di organi, tessuti e cellule, e sempre più spesso ci rivolgiamo alle comunità di cittadini di etnie diverse che vivono sul nostro territorio per sensibilizzarle a voler esprimere la loro volontà sul consenso a donare, e qualche buon riscontro in merito comincia ad affiorare».

GLI IMMIGRATI

«Nelle stesse giornate, infatti, a Caserta», precisa il presidente dell'Aitf - ci sono stati anche altri prelievi di organi donati da altri immigrati di etnia diversa. Ma non si può, poi, successivamente, sbattere le porte in faccia perché non hanno il permesso di soggiorno. Queste persone non sono invisibili. Esse esistono e contribuiscono sotto varie forme anche al nostro benessere». Per Martino, dunque, bisognerebbe promuovere una legge che ponga fine a questo genere di odissea. «Si potrebbe magari pensare di modificare la stessa legge N° 91/89», continua il presidente dell'Aitf - (penaliter già abbastanza lacunosa sul trattamento delle cellule) contenente: «Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti», prevedendo un percorso specifico per questo tipo di donatori, affinché i loro familiari consenzienti non si trovino più lasciati soli a vivere l'odissea che ha vissuto Igor. È anche una questione di civiltà del nostro Paese e le istituzioni non possono ignorare il problema. Un donatore di organi e i suoi familiari hanno diritto ad un percorso agevolato nell'acquisire i diritti connessi alla cittadinanza italiana». Intanto, l'Aitf continuerà a percorrere ogni strada per stare vicino a questa persona, investendo del caso lo stesso coordinamento regionale delle associazioni di trapiantati e donatori operante presso la Direzione Generale per la tutela della salute della Regione Campania (di cui fa parte) e lo stesso C.R.T. (Centro Regionale Trapianti). «Si definisce», conclude il presidente dell'Aitf - «si sa già interessante per far riconoscere a Igor lo status di rifugiato di guerra, dal momento che, allo stato attuale, non può più far ritorno in Ucraina».

di FOTOGRAFIA DI RICCARDO

te e attuare riforme basate sull'evidenza nei confronti della forza lavoro sanitaria che mira specificamente a contrastare e prevenire i deserti sanitari, attraverso analisi delle principali decisioni politiche adottate in tema di deserti medici. Per una migliore definizione e tassonomia e per uno strumento di monitoraggio diagnostico dei deserti medici. Attraverso una rete di operatori - ha concluso la Referente del Progetto Ahead - si mira a garantire, a cominciare dai Paesi coinvolti nel progetto, a un migliore accesso ai servizi sanitari, soprattutto nelle aree scarsamente servite».

di FOTOGRAFIA DI RICCARDO

Cittadinanza attiva in campo per la sanità in aree interne

L'ASSISTENZA

Vincenzo Corniello

Cittadinanzattiva-Matese, unica in Campania, e Cittadinanzattiva Avella/Noti, sole in Italia, sono state scelte da Cittadinanzattiva nazionale, per partecipare al Progetto Europeo «Action for



Health and Equity: Addressing Medical Deserts» (Ahead), che mira a ridurre le disuguaglianze di salute affrontando la sfida dei cosiddetti «deserti medici» in Europa. Assieme a Moldavia, Paesi Bassi, Romania e Serbia. L'obiettivo è quello di ottenere un migliore accesso ai servizi sanitari, soprattutto nelle aree più carenate, e un approccio più





**Co-funded by the
Health Programme
of the Europe Union**

The content of this deliverable represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it cannot be considered to reflect the views of the European Commission and/or the European Health and Digital Executive Agency (HaDEA) or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.