AHEAD

ACTION FOR HEALTH AND EQUITY
ADDRESSING MEDICAL DESERTS

RAPPORTO PAESE ITALIA

Giugno 2022

D4.2 12

Grant Agreement Numero

101018371

AHEAD
Action for Health and Equity - Addressing Medical Deserts

Numero identificativo HP-PJ-2020-2

Tema PJ-01-2020-2 Support to reforms in health workforce field - Initiatives on medical deserts (Heading 1.2.1.1 of the AWP 2020)

Data d'inizio 01/04/2021

Durata in mesi 26

Data:
24/06/2022

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.

RAPPORTO PAESE

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO ELABORATO DAL TEAM DI CITTADINANZATTIVA IMPEGNATO NELLE POLITICHE EUROPEE, BASATO TRA BRUXELLES E ROMA, NEL GIUGNO 2022

Le affermazioni contenute nel presente rapporto appartengono agli autori, che sono responsabili della qualità dei contenuti.

Sommario

Sintesi 4

Panoramica del sistema sanitario nazionale 5

Contesto 5

Sistema sanitario 7

Mappatura i deserti sanitari 12

Metodologia 12

Revisione della letteratura nazionale 13

Ricerca di dati attraverso fonti ufficiali 14

Analisi dei media nazionali e locali 20

Risultati: i casi di studio di due deserti sanitari 22

Raccomandazioni politiche 34

Allegati 35

Sintesi

La prima azione della fase di ricerca ha riguardato la realizzazione di una rassegna della letteratura, fondamentale per una prima identificazione di una tassonomia sia europea che italiana del fenomeno dei deserti sanitari o delle aree a rischio di desertificazione. Questo passo preliminare ha contribuito a indagare le conoscenze attuali sui deserti sanitari con l'obiettivo di sviluppare una definizione di lavoro più specifica e completa del tema. La revisione si è articolata su due livelli principali di sviluppo. Il primo livello ha comportato un'analisi più generale e narrativa che ha esplorato il concetto più ampio di deserto sanitario attraverso gli articoli forniti dalla *Foundation Center for Health Policies and Services (CHPS)*, partner rumeno del consorzio. La seconda fase è stata più sistematica e ha utilizzato un approccio incentrato sul Paese per condurre la revisione della letteratura. Ha riguardato il nostro coinvolgimento diretto nell'identificazione e nella selezione di pubblicazioni, articoli e documenti ritenuti importanti ed utili per delineare con precisione il problema della desertificazione sanitaria nel contesto italiano. Entrambi i tipi di ricerca, il primo a livello europeo e il secondo a livello nazionale, hanno seguito nella loro fase di analisi la stessa metodologia fornita dal partner olandese *Wemos*. La metodologia prevedeva la classificazione e l'esame dei documenti raccolti attraverso una griglia strutturata che privilegiava una valutazione qualitativa rispetto a quella quantitativa. La griglia utilizzata per l'analisi ha contribuito a una più facile identificazione degli indicatori dell'esistenza di deserti sanitari, nonché dei modelli e delle tendenze del fenomeno, sia a livello europeo che nazionale. Il processo ha anche aiutato a esaminare le prove di quali politiche nazionali sono state intraprese nei diversi Paesi e regioni per affrontare il problema, analizzandone l'efficacia e gli svantaggi.

Tutte le valutazioni, le esperienze e i dati evidenziati dai documenti nazionali esaminati chiariscono che l'aspetto dei deserti sanitari è ancora un concetto sconosciuto nel contesto italiano. Tuttavia, attraverso un'analisi delle carenze dell'assistenza territoriale in Italia, siamo stati in grado di identificare diversi modelli e tendenze comuni che implicitamente fanno riferimento alla condizione di desertificazione sanitaria. In particolare, le tre caratteristiche principali a cui la maggior parte degli articoli fa continuamente riferimento nelle proprie ricerche sono: la carenza di personale sanitario, l'insufficienza dei servizi sanitari e la mancanza di un'adeguata assistenza territoriale, soprattutto nelle aree poco servite. Altri fattori chiave riguardano la disomogeneità e la frammentazione dei servizi sanitari regionali nelle aree rurali, lo scarso accesso alle cure e ai servizi sanitari, la scarsità di prevenzione e di follow-up e l'incapacità degli ospedali e delle strutture mediche per casi acuti di soddisfare adeguatamente gli standard di sicurezza e di qualità, tutti modelli e tendenze comuni che fanno implicitamente riferimento alla condizione di desertificazione sanitaria.

La geografia sembra essere un fattore determinante, infatti la distanza e la ruralità rappresentano barriere in termini di costo, tempo e disagio per i pazienti nell'accesso alle cure primarie e alla prevenzione.

Tutto ciò è stato confermato da quanto emerso durante le attività svolte nelle due aree in cui si stanno svolgendo i progetti pilota dove, tra le altre, le maggiori criticità emerse sono relative a: una grave carenza di assistenza professionale per affrontare le cure primarie, in particolare medici di base e pediatri ma anche ostetriche, chirurghi, internisti, oncologi, nefrologi - che spesso porta alla mobilità passiva fuori provincia e fuori regione; la carenza di servizi per il trasporto delle persone con disabilità e di un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata e i tempi troppo lunghi di risposta alle emergenze da parte del Servizio di Urgenza Territoriale (fino a 70 minuti per raggiungere i comuni più lontani).

I. Panoramica del sistema sanitario del Paese

A. Contesto - *vedere anche annex 1*

Con quasi 60 milioni di abitanti, l'Italia è il terzo Paese più popoloso d'Europa. Il Paese è composto da 20 regioni estremamente varie, che differiscono per dimensioni, popolazione e livelli di sviluppo economico. A cinque delle 20 regioni (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Provincia di Trento, Provincia di Bolzano, Sicilia e Sardegna) è riconosciuta l'autonomia; la Costituzione (articolo 116) riconosce loro poteri in materia di legislazione, amministrazione e finanza. In cambio, queste regioni devono finanziare con i propri mezzi il sistema sanitario e scolastico e la maggior parte delle infrastrutture pubbliche. Questi particolari accordi istituzionali sono stati concepiti per tenere conto delle differenze culturali e proteggere le minoranze linguistiche. Le regioni sono suddivise in province, che sono composte da comuni. L'Italia ha circa 7904 comuni, le cui dimensioni variano da piccoli villaggi a grandi città come Roma.

In Italia, i comuni classificati come "Aree rurali" o "Aree scarsamente popolate" rappresentano il 63,8% del totale dei comuni e quelli classificati come "Piccoli centri e periferie" il 33,0%. I comuni che rientrano nella categoria "Città" o "Aree densamente popolate" rappresentano invece il 3,2% del totale. Le "Aree rurali" o "Aree scarsamente popolate" occupano il 60,9% della superficie totale, le "Piccole città e sobborghi" il 33,0% e le "Città" o "Aree densamente popolate" il 6,2%. La maggior parte della popolazione (47,7%) vive in "Piccole città e sobborghi", il 35,3% in "Città" o "Aree densamente popolate" e il 17,0% in "Aree rurali" o "Aree scarsamente popolate".[1]

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.

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

In quasi tutti gli indicatori demografici e di salute, esistono marcate differenze regionali sia per gli uomini che per le donne, che riflettono lo squilibrio economico e sociale tra il nord e il sud del Paese. In effetti, dall'unificazione politica del Paese nel 1861, l'Italia è stata caratterizzata da un forte divario tra Nord e Sud, con la parte meridionale del Paese, comunemente chiamata "Mezzogiorno", in costante ritardo. La situazione socio-economica del Sud Italia spiega molte delle disparità nazionali nella storia moderna del Paese. In Italia,

[1] https://www.istat.it/it/files//2020/12/C01.pdf

è evidente che l'ampiezza e la gravità delle disparità regionali, in particolare per quanto riguarda il mercato del lavoro, richiedono migliori politiche di sviluppo territoriale sensibili ai luoghi, incentrate sull'offerta di opportunità alle persone che vivono nelle regioni meridionali e sulla valorizzazione del potenziale non sfruttato.

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

Fonte: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/italy-health-system-review-2014

L'Italia ha un'economia aperta ed è un membro fondatore dell'UE. È anche membro delle principali organizzazioni economiche multilaterali come il Gruppo dei Sette Paesi Industrializzati (G-7), il Gruppo degli Otto (G-8), l'OCSE, l'Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO) e il Fondo Monetario Internazionale (FMI).
Il PIL annuo pro capite è di 46.613 USD, con un tasso di crescita previsto del 2,6%.

Nel 2019, la spesa sanitaria è stata sostanzialmente inferiore alla media dell'UE, sia in termini pro capite che come quota del PIL. Circa il 74% della spesa sanitaria è stata finanziata con fondi pubblici nel 2019, una quota inferiore alla media UE dell'80%. La maggior parte delle spese rimanenti proveniva da pagamenti diretti *out-of-pocket* (OOP) da parte delle famiglie (23%), in quanto l'assicurazione sanitaria volontaria svolge solo un ruolo minore (coprendo solo il 3% del totale). In risposta alla pandemia COVID-19, il governo italiano ha stanziato un finanziamento aggiuntivo di 3,7 miliardi di euro nel 2020 e di 1,7 miliardi di euro nel 2021 per il sistema sanitario, con un aumento del 3,3% e dell'1,7% rispetto al piano di finanziamento originale.
Nel maggio 2020, il Ministero della Salute italiano ha stanziato un finanziamento aggiuntivo alle regioni per tenere conto dei costi ospedalieri aggiuntivi legati all'assistenza dei pazienti COVID-19. Il finanziamento comprendeva la copertura di spese aggiuntive per quattro voci:

1. posti letto aggiuntivi in terapia intensiva (calcolati sulla base dell'obiettivo di 14 posti letto per 100.000 abitanti, pari a 3.500 posti letto aggiuntivi);
2. posti letto aggiuntivi ad alta assistenza (per un totale di 4.225);
3. attività aggiuntive di pronto soccorso;
4. incentivi finanziari per il personale e le nuove assunzioni.

L'importo totale dei finanziamenti aggiuntivi è stato di 1,83 miliardi di euro, di cui 1,4 miliardi di euro sono stati stanziati per la spesa in conto capitale per i letti di terapia intensiva e per i letti ad alta assistenza e 431 milioni di euro per il personale (compresi 190 milioni di euro per gli incentivi finanziari e 241 milioni di euro per le nuove assunzioni).

Il Ministero della Salute ha inoltre stanziato altri 1,2 miliardi di euro per rafforzare l'assistenza primaria nel 2020. I fondi sono stati stanziati principalmente per migliorare il rintracciamento e il monitoraggio dei casi di COVID-19, per aumentare i servizi a domicilio e per introdurre il nuovo ruolo professionale degli infermieri di famiglia e di comunità. Il Piano di ripresa e resilienza dell'Italia, finanziato dall'UE, è stato adottato nel giugno 2021. I finanziamenti per le componenti sanitarie del Piano, che ammontano a 15,6 miliardi di euro in cinque anni, sono destinati a investire nell'utilizzo delle nuove tecnologie per migliorare gli ospedali e l'assistenza sanitaria domiciliare, anche attraverso il potenziamento dell'uso della telemedicina e la riduzione della frammentazione territoriale. Una quota significativa dei finanziamenti è prevista anche per il rafforzamento delle risorse umane per la salute.

I dati provvisori per il 2020 della spesa sanitaria totale sono stati di 3.819 USD pro capite - corrispondenti al 9,7% del PIL - con una componente legata al Governo/obbligatoria di 2.014 USD pro capite e una componente volontaria di 906 USD pro capite. Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, nel 2019 è stata di 659 USD pro capite, pari al 18% della spesa sanitaria totale e all'1,56% del PIL.

Nel 2021, in Italia, l'accesso a internet, inteso come percentuale di famiglie che hanno dichiarato di avere accesso a internet, è stato del 90,5% e il numero di famiglie che hanno dichiarato di avere almeno un personal computer funzionante in casa (misurato in percentuale sul totale delle famiglie) è stato del 72,5% nel 2017.[2] Tuttavia, nel 2018 la quota di giovani tra i 20 e i 29 anni con un titolo di studio di livello terziario in discipline tecnico-scientifiche (STEM - Science, Technology, Engineering and Mathematics) con buone competenze digitali/alfabetizzazione era pari solo al 15,1 per mille, con un persistente divario tra maschi (18,0) e femmine (12,1). [3]

B. Sistema sanitario - *vedere anche annex 1*

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato istituito nel 1978 con i principi di copertura universale, solidarietà, dignità umana e salute umana. Fornisce una copertura universale, in gran parte gratuita, al punto di erogazione. È basato su base regionale e organizzato a livello nazionale, regionale e locale.

[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

Il governo controlla la distribuzione del gettito fiscale per l'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici e decide un pacchetto di prestazioni nazionali obbligatorie di "livelli essenziali di assistenza", offerte a tutti i residenti in ogni regione. Il Servizio Sanitario Nazionale è in gran parte finanziato dalle imposte nazionali e regionali, integrate da ticket per i farmaci e le cure ambulatoriali.[i]

Infatti, a livello nazionale, il Ministero della Salute (supportato da diverse agenzie specializzate) stabilisce i principi e gli obiettivi fondamentali del sistema sanitario, determina il pacchetto di prestazioni principali dei servizi sanitari garantiti in tutto il Paese e assegna i fondi nazionali alle regioni. Le 19 regioni e le due province autonome del Paese sono poi responsabili dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi sanitari attraverso le *Aziende Sanitarie Locali (ASL*) che, su base geografica, forniscono direttamente servizi di sanità pubblica, servizi sanitari di comunità e cure primarie, e cure secondarie e specialistiche direttamente o attraverso ospedali pubblici o fornitori privati accreditati. A seconda della regione, i fondi pubblici sono assegnati dalle Aziende Sanitarie Locali agli ospedali pubblici e alle cliniche private accreditate. Gli ospedali pubblici sono gestiti direttamente dalle ASL e coordinati con altri servizi sanitari locali, come i dipartimenti di medicina preventiva e i distretti di assistenza primaria, oppure operano come imprese pubbliche semi-indipendenti. Un sistema di pagamento prospettico basato su gruppi di diagnosi (DRG) opera in tutto il Paese e rappresenta la maggior parte delle entrate ospedaliere, ma in genere non viene applicato agli ospedali gestiti direttamente dalle unità sanitarie locali, dove i budget globali sono comuni.

Sebbene l'accesso all'assistenza sanitaria sia generalmente buono in Italia, la pandemia COVID-19 ha ostacolato in modo significativo l'accesso alle cure: il 23% della popolazione ha riferito di aver rinunciato alle cure nei primi 12 mesi della pandemia, un po' più della media UE del 21%.
Nel 2019, c'erano circa 3,160 letti ospedalieri ogni 1.000 abitanti[4] , in termini di numero di letti mantenuti, con personale e immediatamente disponibili per l'uso. Il totale dei posti letto ospedalieri comprende i posti letto per cure (o acuti), i posti letto per cure riabilitative, i posti letto per cure a lungo termine e altri posti letto negli ospedali.

La salute della popolazione è migliorata negli ultimi decenni. Il tasso di mortalità infantile totale nel 2019 è stato di 2,4 morti per 1000 nati vivi. L'aspettativa di vita media alla nascita ha raggiunto 82,4 anni, 80,1 anni per gli uomini e 84,7 anni per le donne nel 2020. Nello stesso anno, l'aspettativa di vita a 65 anni ha raggiunto 18,5 anni per gli uomini e 21,8 anni per le donne.

L'aspettativa di vita in Italia nel 2020 era superiore di quasi due anni rispetto alla media dell'UE, ma è diminuita almeno temporaneamente di 1,2 anni a causa dei decessi dovuti alla COVID-19. Sebbene il sistema sanitario italiano offra generalmente un buon accesso a cure di alta qualità, la pandemia ha evidenziato importanti debolezze strutturali, tra cui anni di scarsi investimenti nel personale sanitario e nell'infrastruttura di informazione sanitaria. La pandemia ha stimolato molte pratiche innovative in Italia, come l'introduzione di unità speciali per la continuità delle cure, che potrebbero essere ampliate per costruire un sistema sanitario più resiliente.

[4] https://data.oecd.org/italy.htm#profile-health

Nel 2018, l'Italia ha registrato il tasso di mortalità prevenibile più basso dell'UE. Come per tutti gli altri Paesi, questo tasso aumenterà quando saranno disponibili i dati relativi a questo indicatore per il 2020 e il 2021 a causa della pandemia COVID-19.

Le malattie circolatorie hanno rappresentato il 35% di tutti i decessi in Italia, seguite dal cancro (27%). Guardando a patologie più specifiche, le cardiopatie ischemiche (che rappresentano circa il 10% di tutti i decessi) e l'ictus (circa il 9%) sono state le principali cause di mortalità nel 2018, seguite dal tumore al polmone, che rimane la causa più frequente di morte per cancro. Le principali sedi tumorali tra gli uomini sono la prostata (20 %), il polmone (14 %) e il colon-retto (13 %), mentre tra le donne il cancro al seno è il tumore principale (30 %), seguito dal colon-retto (13 %) e dal polmone (7 %). La prevenzione dei tumori è una delle principali aree prioritarie del Piano nazionale di prevenzione quinquennale introdotto in Italia nell'agosto 2020 (Ministero della Salute, 2020). Anche il numero di decessi ritenuti potenzialmente evitabili attraverso interventi sanitari è stato uno dei più bassi dell'UE nel 2018, a indicare che il sistema sanitario italiano è generalmente efficace nel trattare i pazienti con patologie potenzialmente letali. Questo risultato positivo è legato ai tassi di mortalità relativamente bassi per cardiopatia ischemica, ictus e cancro colorettale. Le cause di mortalità prevenibili e curabili sono diminuite più rapidamente in Italia tra il 2011 e il 2018 rispetto all'UE nel suo complesso.

Purtroppo, nel 2020, la COVID-19 ha causato circa 75 000 decessi solo in Italia (10 % di tutti i decessi). Altre 54 000 persone sono morte a causa della COVID-19 nei primi otto mesi del 2021. La maggior parte dei decessi è avvenuta tra le persone anziane: l'età media delle persone decedute a causa della COVID-19 nel 2020 era di 81 anni e l'86% dei decessi è avvenuto tra le persone di età pari o superiore a 70 anni. Mentre il tasso di mortalità per COVID-19 in Italia era molto più alto della media dell'UE durante la prima ondata nella primavera del 2020, questo divario si è ridotto e molti altri Paesi dell'UE hanno registrato tassi di mortalità più elevati nell'autunno 2020 e nei primi otto mesi del 2021. Alla fine di agosto 2021, il tasso di mortalità cumulativo per COVID-19 in Italia era superiore di circa il 35% rispetto alla media dell'UE.

Nel 2019, circa tre quarti (73%) degli adulti italiani hanno dichiarato di essere in buona salute, una percentuale leggermente superiore alla media UE (69%). Tuttavia, un adulto italiano su sei (16%) ha dichiarato di avere almeno una condizione cronica e questa percentuale aumenta con l'età (il 37% delle persone di 65 anni e oltre ha una o più condizioni croniche). Un problema emergente dalla pandemia di COVID-19 è il numero di pazienti che sperimentano una malattia persistente per un lungo periodo dopo aver contratto il virus. Il "long COVID" - caratterizzato da sintomi quali dolore toracico e muscolare, affaticamento, mancanza di respiro, ansia e disfunzioni cognitive - può ostacolare il ritorno alla vita normale, con ripercussioni sanitarie ed economiche potenzialmente durature.
Il fumo e l'aumento dei livelli di obesità, soprattutto tra i giovani, sono ancora sfide importanti per la salute.

Il numero totale di medici in Italia è leggermente superiore alla media UE, con 4,1 rispetto a 3,9 per 1.000 abitanti nel 2019. Tuttavia, il numero di medici che lavorano negli ospedali pubblici e di medici di base (GP) è in calo. Poiché l'età media dei medici italiani è aumentata, si prevede una carenza significativa nei prossimi anni, soprattutto in alcune specialità e nella medicina generale, se gli attuali criteri di accesso alla formazione specialistica rimarranno invariati.

Prima della pandemia COVID-19, solo l'1,8% della popolazione italiana ha dichiarato di aver avuto bisogno di cure mediche non soddisfatte nel 2019, soprattutto per motivi economici. Questo dato si avvicina alla media europea dell'1,7%. Come in molti altri Paesi, la percentuale di bisogni di cure mediche non soddisfatti era molto più alta tra le persone del quintile di reddito più basso (3,5%) rispetto a quelle del quintile più alto (0,5%). Esistono notevoli disparità nell'accesso alle cure tra le regioni, con i cittadini delle regioni più povere del sud che hanno più del doppio delle probabilità di riferire di aver bisogno di cure mediche non soddisfatte rispetto a quelli che vivono nelle regioni più ricche del nord, a causa di motivi finanziari, tempi di attesa o distanze di viaggio.

In Italia, l'empowerment e i diritti del paziente non sono specificati in un'unica legge, ma sono presenti in diversi atti legislativi, a partire dalla Costituzione italiana e dalla legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale. Negli ultimi 20 anni sono stati introdotti diversi strumenti per la partecipazione pubblica a tutti i livelli, ma non esiste una strategia sistematica e l'attuazione varia da un Paese all'altro, così come la soddisfazione dei cittadini per la qualità dell'assistenza sanitaria.

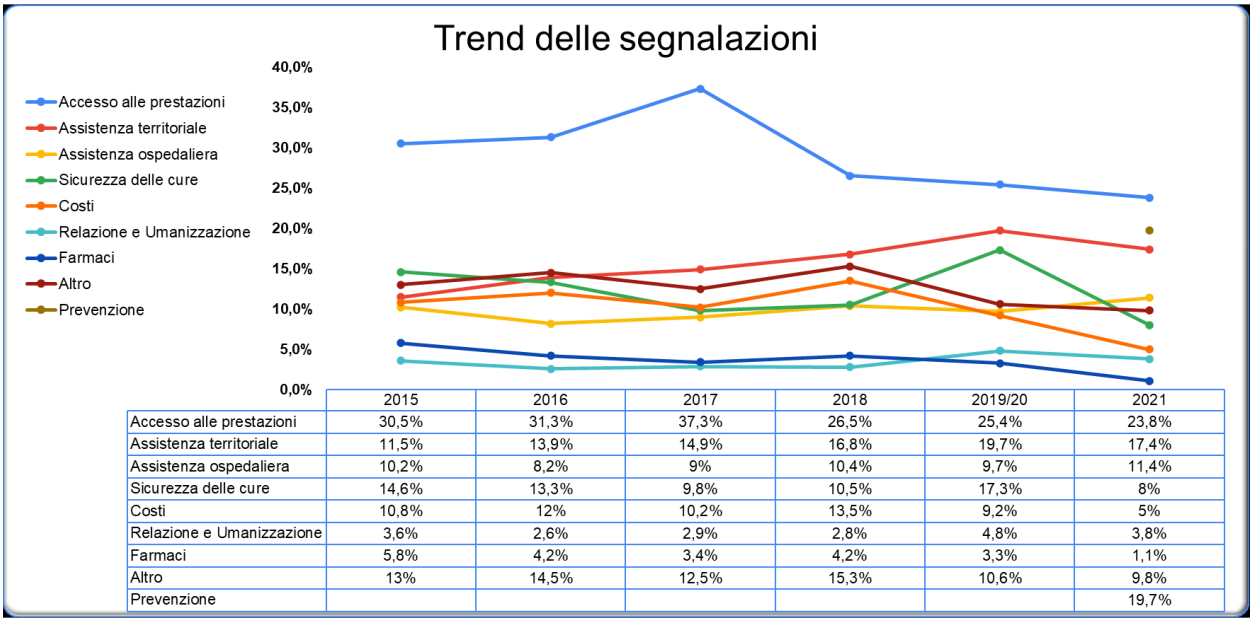
In questo contesto, riteniamo importante prendere in considerazione anche i dati raccolti da Cittadinanzattiva grazie all'impegno quotidiano su tutto il territorio nazionale, grazie e soprattutto attraverso 2 strumenti principali, fondati da Cittadinanzattiva: il PIT e il TDM.

Il PIT (Progetto Integrato di Tutela) è un servizio di orientamento, informazione e tutela fondato da Cittadinanzattiva per aiutare i cittadini che hanno subito disservizi nei settori della sanità, dei servizi pubblici e della giustizia. Non si tratta di un semplice sportello di ascolto: l'obiettivo è la tutela dei diritti attraverso la partecipazione dei cittadini. In ogni regione è presente un ufficio di riferimento che risponde direttamente alle richieste dei cittadini e gestisce le segnalazioni in collaborazione con gli altri uffici locali del territorio. Oltre alle competenze dei volontari che rispondono direttamente alle richieste dei cittadini, il PiT si avvale della consulenza gratuita di professionisti del settore legale, medico-legale e specialistico, sostenendo un approccio multidisciplinare alla risoluzione dei casi. Questo metodo favorisce la partecipazione e l'empowerment dei cittadini, informandoli sui loro diritti e sugli strumenti di tutela disponibili affinché non vengano violati.

Il *Tribunale per i Diritti del Malato (TDM*) è un'iniziativa di Cittadinanzattiva, nata nel 1980, per tutelare e promuovere i diritti dei cittadini nel campo dei servizi sanitari e assistenziali e per contribuire a una più umana, efficace e razionale organizzazione del servizio sanitario nazionale. Il TDM è una rete composta da circa 10.000 cittadini, operatori dei vari servizi e professionisti, che si impegnano su base volontaria.

Le principali attività svolte dal TDM riguardano la raccolta di informazioni e richieste, la consulenza e l'aiuto rivolti ai cittadini, la collaborazione con altre organizzazioni e gli incontri con le istituzioni pubbliche e private per il miglioramento della qualità del Servizio Sanitario Nazionale. Il Tribunale per i diritti del malato (TDM) opera attraverso: circa 300 sezioni locali, presenti su tutto il territorio nazionale, attive negli ospedali e nei servizi territoriali; una struttura centrale, che coordina le attività della rete e promuove iniziative nazionali; gruppi tematici, a livello nazionale, regionale e locale, legati a programmi specifici; coordinamenti regionali, per supportare le reti locali e promuovere politiche regionali per la tutela dei diritti in ambito sanitario; il Progetto integrato di tutela (PIT salute).

Secondo quanto descritto nel Rapporto civico sulla salute 2022[5] di Cittadinanzattiva, grazie alle 13.748 segnalazioni gestite dagli uffici del Tribunale per i diritti del malato presenti sul territorio nazionale e dal Pit Salute dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021, l'andamento delle segnalazioni sviluppate negli ultimi sei anni (20015-2021) mostra il consolidamento di alcune criticità dal punto di vista sanitario.



	2015	2016	2017	2018	2019/20	2021
Accesso alle prestazioni	30,5%	31,3%	37,3%	26,5%	25,4%	23,8%
Assistenza territoriale	11,5%	13,9%	14,9%	16,8%	19,7%	17,4%
Assistenza ospedaliera	10,2%	8,2%	9%	10,4%	9,7%	11,4%
Sicurezza delle cure	14,6%	13,3%	9,8%	10,5%	17,3%	8%
Costi	10,8%	12%	10,2%	13,5%	9,2%	5%
Relazione e Umanizzazione	3,6%	2,6%	2,9%	2,8%	4,8%	3,8%
Farmaci	5,8%	4,2%	3,4%	4,2%	3,3%	1,1%
Altro	13%	14,5%	12,5%	15,3%	10,6%	9,8%
Prevenzione						19,7%

Fonte: Rapporto civico sulla salute: I diritti dei cittadini e il federalismo in sanità

L'oggetto delle segnalazioni più ricorrenti sono: al primo posto, la difficoltà di accesso ai servizi sanitari (il grafico mostra un range percentuale che varia dal 30,5% del 2015 al 23,8% del 2021); al secondo posto, la difficoltà di utilizzare l'assistenza territoriale (range percentuale tra l'11,5% del 2015 e il 17,4% del 2021).

In considerazione del significato che da sempre viene attribuito alle segnalazioni come "termometro" delle criticità riscontrate dai cittadini nel loro rapporto quotidiano con il Servizio Sanitario Nazionale, questi due settori sanitari sono quelli in cui il sistema ha mostrato negli ultimi anni tutta la sua fragilità, trascinandosi dietro questioni irrisolte su cui non si è intervenuti affatto o, almeno, non si è intervenuti sulle cause sistemiche che provocano questi continui disagi segnalati dai cittadini.

La mancanza di interventi "di sistema" in questi due settori ha causato inevitabili ripercussioni sull'intero SSN (accessi inappropriati ai pronto soccorso, lunghe liste d'attesa, ricorso alla sanità privata, rinuncia alle cure, ecc.) Al terzo posto si collocano i problemi relativi all'assistenza ospedaliera (con valori che vanno dal 10,2% del 2015 all'11,4% del 2021), con particolare riferimento alle modalità di erogazione dei servizi e alla loro qualità, spesso carente.

Le segnalazioni provenienti dall'area territoriale e dagli sportelli di advocacy mostrano inoltre che ben il 74,7% delle segnalazioni in quest'area riguarda le attività di Emergenza e Pronto Soccorso. Nel dettaglio, le segnalazioni più frequenti riguardano: l'eccessiva attesa per

[5] Cittadinanzattiva, Rapporto Civico sulla Salute 2022.

completare il percorso (55,1%), la mancanza di comfort (38,8%) e la mancanza di posti letto di degenza (28,6%). Nel 2019, le strutture di ricovero pubbliche in Italia erano 515. Il 63,9% delle strutture pubbliche era costituito da ospedali gestiti direttamente dalle ASL, il 10,3% da Aziende Ospedaliere e il restante 26,3% da altri tipi di ospedali pubblici. Tra il 2015 e il 2019, il numero di strutture di ricovero pubbliche mostra una diminuzione costante (da 546 a 515), così come il numero di posti letto pubblici (dal 2,6% al 2,5%), anche se in modo meno marcato.

A livello nazionale sono disponibili 3,5 posti letto per 1.000 abitanti, con 2,9 posti letto dedicati all'attività per acuti per 1.000 abitanti. Sebbene si tratti di un fenomeno comune ad altri Paesi europei, non c'è dubbio che con il dato di 3,5 posti letto per 1.000 abitanti il nostro sia ben al di sotto degli standard di Francia e Germania, che hanno rispettivamente 6 e 8 posti letto, accomunando la nostra condizione a quella di Spagna e Gran Bretagna con 3 e 2,5 posti letto per 1.000 abitanti.

Con riferimento al periodo 2009-2018, il personale dipendente a tempo indeterminato del settore sanitario è diminuito complessivamente del 6,5%, passando da 693.600 unità al 31/12/2009 a 648.507 unità al 31/12/2018. Questa contrazione delle risorse ha finito per generare, nel medio termine, una grave carenza di professionisti sanitari nelle strutture, che, con riferimento soprattutto ad alcune aree, ha portato a difficoltà nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari.

Il nuovo livello del fabbisogno sanitario nazionale, che rappresenta il finanziamento complessivo della sanità pubblica e accreditata in Italia, è stato fissato dalla Legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021) a 124.061 milioni per il 2022, 126.061 milioni per il 2023 e 128.061 milioni per l'anno 2024.

L'emergenza epidemiologica COVID-19 ha innalzato questo livello per il 2021 a 121.370 milioni di euro mentre, per il 2020, il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale è stato di 120.557 milioni di euro. L'andamento della spesa sanitaria pubblica in Italia, secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), ha registrato un incremento di circa il 3% tra il 2000 e il 2008, superiore all'aumento del PIL. Il rapporto tra questa spesa e il Prodotto Interno Lordo si è attestato a oltre il 6%. Dal 2009 al 2017, il tasso di variazione medio annuo rispetto al PIL si è gradualmente ridotto a circa lo 0,1%. Il rallentamento della componente pubblica della spesa sanitaria fino al 2018 ha avuto un impatto sulla crescita della spesa sanitaria privata delle famiglie, che è aumentata in media di circa il 2,5%.[6]

II. Mappatura dei deserti sanitari

A. Metodologia - *vedere anche annex 2, 3 e 4*

Per analizzare il contesto italiano e per comprendere non solo il livello di conoscenza del fenomeno dei deserti sanitari, ma anche per capire dove già esistevano o dove c'erano condizioni potenzialmente in grado di portare a fenomeni di desertificazione sanitaria,

[6] https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_il_fabbisogno_sanitario.html

abbiamo ritenuto opportuno procedere con l'analisi di 5 diverse fonti di informazione: la letteratura esistente; le fonti ufficiali da cui ottenere i dati; le informazioni raccolte dal PIT di Cittadinanzattiva[7] ; la strategia nazionale per le aree interne e l'analisi dei media locali.

Revisione della letteratura nazionale

La prima fase della metodologia di ricerca applicata a livello nazionale ha riguardato la revisione della letteratura intesa come pubblicazioni più rilevanti e complete trovate sul tema della desertificazione sanitaria in Italia. Pertanto, gran parte dei 15 documenti analizzati erano in lingua italiana.

Come accennato, la valutazione dei documenti raccolti è stata effettuata con una griglia di analisi che comprende le seguenti tre diverse sezioni:

- Una prima sezione generale comprende il titolo della pubblicazione, il link, la tipologia della fonte, l'ambito scientifico e gli obiettivi principali dello studio.
- Approfondendo l'analisi, la seconda sezione mira a identificare i concetti tradizionali e alternativi e le definizioni pertinenti delineate nel testo che si riferiscono al tema dei deserti sanitari, nonché l'area geografica e gli anni a cui si riferiscono i dati della pubblicazione.
- Infine, lo scopo della terza sezione è stato quello di identificare la metodologia di raccolta dei dati per capire come gli indici di desertificazione sono stati costruiti e utilizzati per studiare la loro relazione con altri concetti. Infine, è stata aggiunta una breve tabella sui risultati e sui commenti generali alla pubblicazione analizzata, per facilitare l'interpretazione e l'utilità del documento individuato.

La revisione della letteratura ha portato a una definizione migliorata di desertificazione sanitaria, che è stata poi approfondita nelle fasi successive della ricerca del progetto.

Tutte le valutazioni, le esperienze e i dati evidenziati dai documenti nazionali esaminati chiariscono che l'aspetto dei deserti sanitari è ancora un concetto sconosciuto nel contesto italiano. Tuttavia, attraverso l'analisi *delle* carenze dell'assistenza territoriale in Italia, siamo stati in grado di identificare diversi modelli e tendenze comuni che fanno implicitamente riferimento alla condizione di desertificazione sanitaria. In particolare, le tre caratteristiche principali a cui la maggior parte degli articoli fa continuamente riferimento nelle proprie ricerche sono: la carenza di personale sanitario, l'insufficienza dei servizi sanitari e la mancanza di un'assistenza territoriale adeguata, soprattutto nelle aree poco servite. Altri fattori chiave sono la disomogeneità e la frammentazione dei servizi sanitari regionali nelle aree rurali, lo scarso accesso alle cure e ai servizi sanitari, la scarsità di prevenzione e di follow-up e l'incapacità degli ospedali e delle strutture mediche per acuti di soddisfare adeguatamente gli standard di sicurezza e di qualità.

L'insieme dei termini sopra citati costituisce ciò che consideriamo le caratteristiche di base dei deserti sanitari. Per migliorare e sviluppare una definizione più completa ed efficace del problema, sono stati individuati due concetti innovativi. Il primo termine è "disparità rurale", che si riferisce al "divario ineguale tra le comunità di campagna e quelle di città, dove le comunità di piccole dimensioni hanno un accesso minore all'assistenza sanitaria rispetto alle loro controparti urbane e risultati sanitari peggiori, uno dei motivi è il numero limitato di operatori sanitari". Il secondo, "telemedicina", implica una combinazione dei termini "politica

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

sanitaria e tecnologia" e si riferisce all'introduzione della tecnologia come risposta alla disuguaglianza sanitaria. Quest'ultimo aspetto è particolarmente rilevante quando si parla dei suggerimenti raccolti nelle varie pubblicazioni per risolvere il problema.

Soprattutto, la geografia è stata considerata da quasi tutti i documenti come un fattore determinante che aggrava le disparità sanitarie già esistenti e lo scarso accesso a un'assistenza sanitaria di qualità per determinate aree in Italia. La distanza e la ruralità rappresentano barriere di costo, tempo e disagio per i pazienti nell'accesso alle cure primarie. Pertanto, i Paesi con grandi distanze geografiche tra le aree rurali o remote e gli ospedali e con una bassa densità di popolazione sono quelli che risentono maggiormente delle disuguaglianze nell'accesso e nel sottoutilizzo dei servizi ospedalieri di emergenza, rispetto alle aree più urbane e dense. Vale la pena sottolineare anche gli aspetti relativi alla salute delle donne che vivono in zone rurali. I risultati della revisione della letteratura sono riusciti a introdurre nuove interpretazioni delle barriere all'assistenza sanitaria rurale che superano le sfide puramente spaziali o operative nel contesto dei crescenti deserti sanitari rurali, dando voce alle donne che lì vivono. I risultati emersi dalla revisione della letteratura mostrano anche che, oltre alla distanza rurale, anche la diffidenza medica è un fattore determinante per i deserti sanitari. Questa sfiducia emerge in gran parte in risposta alle politiche che mirano a mitigare i deserti sanitari rurali.

Per contrastare il senso di abbandono, scetticismo e risentimento delle popolazioni costrette a confrontarsi con un sistema sanitario fortemente diseguale e inefficiente, sono stati individuati, attraverso la revisione della letteratura, alcuni suggerimenti preliminari. Innanzitutto, la creazione di un'adeguata rete di assistenza sul territorio è l'unico strumento di difesa per affrontare e contenere rapidamente fenomeni come l'attuale pandemia che stiamo combattendo e che aggrava ulteriormente il fenomeno della desertificazione sanitaria. Inoltre, il sistema sanitario decentrato italiano presenta diversi punti deboli che devono essere affrontati: il rafforzamento dei servizi di trasporto d'emergenza, l'assunzione di un maggior numero di operatori sanitari negli ospedali rurali o remoti, lo sviluppo dell'assistenza residenziale nelle aree rurali e la digitalizzazione del sistema sanitario sono tutti elementi necessari per migliorare l'accesso alle cure, ridurre le disuguaglianze sanitarie e il divario tra aree rurali e urbane e prevenire i ricoveri non necessari.

Ricerca di dati attraverso fonti ufficiali

Come secondo passo di questa fase di ricerca, abbiamo proceduto alla ricerca di dati attraverso fonti ufficiali, anche al fine di ottenere informazioni che ci permettessero di sviluppare e definire il Medical Deserts Diagnostic Tool (MDDT). Questo strumento è stato concepito come una serie di mappe interattive, ospitate sul sito internet del progetto[8], che offrono una serie di criteri e parametri di riferimento per individuare i deserti sanitari e monitorare la desertificazione (possibile solo quando sono disponibili serie temporali di dati rilevanti).

Lo strumento di mappatura AHEAD contiene dati relativi ai Paesi aderenti al progetto (Italia, Moldavia, Paesi Bassi, Romania e Serbia). Lo strumento e la sua metodologia di base saranno resi disponibili anche per altri Paesi, in modo che possano costruire uno strumento simile.

[8] https://ahead.health/results/medical-deserts-diagnostic-tool/

I risultati della revisione della letteratura suggeriscono che i deserti sanitari sono caratterizzati in modo diverso nei vari contesti. Ciò significa che le istituzioni dei 5 paesi in cui il progetto AHEAD si sta svolgendo avranno bisogno di criteri diversi per poter identificare le aree che costituiscono un deserto sanitario. I criteri definitivi saranno concordati nel corso dell'attuazione del progetto, sulla base dei risultati della ricerca (letteratura, focus group, interviste approfondite, sondaggi) e dei risultati delle sessioni partecipative. Allo stesso modo, i parametri di riferimento saranno diversi da Paese a Paese; alcuni Paesi hanno densità di operatori sanitari più elevate e/o differenze minori tra le regioni, pertanto non sarebbe significativo utilizzare gli stessi parametri di riferimento in tutti i Paesi. Il risultato di questo approccio personalizzato sarà che l'MDDT avrà un aspetto diverso per ogni Paese.

Tuttavia, il tipo di criteri utilizzati nello strumento si baserà su un quadro di riferimento per il concetto di deserto sanitario che sarà sviluppato anche dal Progetto AHEAD. La letteratura suggerisce che la maggior parte dei deserti sanitari può essere classificata in base a un numero limitato di categorie di criteri, piuttosto ampi, in indicatori specifici. Questi risultati, sempre in combinazione con i risultati di altre attività del progetto, ci forniscono gli elementi per sviluppare un quadro comune e una tassonomia per il concetto di deserto medico.

Con questo strumento, AHEAD intende sostenere:

- Principalmente: decisori a livello nazionale e/o locale nelle loro decisioni di riforma del personale sanitario (compresi sindaci, assicurazioni sanitarie, ecc.).

- In secondo luogo: istituti di sanità pubblica, ricercatori, ONG, operatori del settore e altre parti interessate.

Quella attualmente disponibile sul sito web del Progetto, costituisce il prototipo del MDDT. Una versione più sviluppata del MDDT sarà pronta entro la fine di ottobre 2022, in tempo per essere utilizzata dai gruppi target previsti durante i dialoghi politici programmati per il periodo ottobre 2022-aprile 2023. Lo strumento sarà convalidato e ulteriormente sviluppato sulla base delle attività di ricerca, tra cui, per esempio, focus group, interviste alle parti interessate e sessioni di costruzione del consenso.

La versione prototipo si basa sulla definizione iniziale di deserto sanitario, formulata dai partner di AHEAD sulla base della revisione della letteratura: "I deserti sanitari implicano l'incapacità di una determinata popolazione (e/o di un gruppo di popolazione) di accedere ai servizi sanitari, o lo stato di isolamento quando si tratta di ricevere servizi sanitari, sulla base di tre categorie di barriere quantitative e qualitative ('dimensioni'), che sono interrelate e dipendenti l'una dall'altra".

Tenendo conto di tutto ciò, l'attività di ricerca è iniziata con la consultazione di fonti di dati ufficiali quali: Eurostat e Istat per raccogliere dati sulla popolazione generale e sulla popolazione femminile a livello NUTS 1 (nazionale), 2 (regionale) e 3 (provinciale). Per quanto riguarda i dati sulla popolazione generale, sono stati raccolti secondo i criteri di età: popolazione totale sotto i 15 anni, popolazione totale dai 15 ai 64 anni, popolazione totale sopra i 65 anni.

Per quanto riguarda la popolazione femminile, è stato utilizzato un criterio diverso, considerando le diverse esigenze specifiche della popolazione femminile in base all'età.

Per questo motivo, oltre alla popolazione femminile totale, sono stati individuati diversi gruppi di età: donne tra i 5 e i 9 anni; tra i 10 e i 14; tra i 15 e i 19; tra i 20 e i 24; tra i 25 e i 29; tra i 30 e i 34; tra i 35 e i 39; tra i 40 e i 44; tra i 45 e i 49; tra i 50 e i 54; tra i 55 e i 59; tra i 60 e i 64; tra i 65 e i 69; tra i 70 e i 74; tra i 75 e i 79; tra gli 80 e gli 84; oltre gli 85 anni.

Per quanto riguarda le informazioni sulla popolazione degli operatori sanitari, sono stati raccolti dati sui Medici di Medicina Generale e sui Pediatri sulla base delle informazioni disponibili presso il Ministero della Salute italiano. Oltre a questi, sono stati raccolti anche i dati relativi a Ginecologi (ostetrici-ginecologi), Cardiologi e Farmacisti ospedalieri. Infine, sono stati raccolti anche i dati relativi alle farmacie rurali.

Tutte le informazioni di cui sopra sono state raccolte a livello NUTS 3 (provincia). Purtroppo, un aspetto cruciale e critico della raccolta dei dati in Italia riguardava l'indisponibilità e/o l'assenza di questo tipo di informazioni. Infatti, non solo nella maggior parte dei casi non erano accessibili al pubblico ed è stato necessario richiederle espressamente alle autorità competenti (ad esempio, Ministero della Salute, Federfarma, ecc.). Ma l'ostacolo maggiore è stato rappresentato dalla totale mancanza di questi dati. Infatti, è stato impossibile ricevere informazioni a un livello di accuratezza superiore (livello comunale) semplicemente perché non esistono.

Informazioni derivanti dalla presenza diffusa di Cittadinanzattiva sul territorio nazionale

Per questi motivi, la scelta delle due realtà locali in cui realizzare i piloti nazionali del progetto AHEAD è stata guidata dai risultati della complessa ricerca condotta, tenendo conto della letteratura esistente, dell'analisi dei media e delle informazioni derivanti dalla presenza capillare di Cittadinanzattiva sul territorio nazionale, grazie al Progetto Integrato di Tutela del Cittadino (PIT), alle sue 21 sedi regionali, alle 250 Assemblee territoriali e alle oltre 350 sezioni del Tribunale per i diritti del malato (TDM), come già descritto in dettaglio nel presente rapporto nel capitolo precedente.

Analisi della desertificazione sanitaria attraverso la Strategia nazionale per le aree interne

Come quarto passo di questo processo di analisi, abbiamo preso in considerazione quanto emerso dalla strategia e dall'impegno di Cittadinanzattiva per tutelare i diritti dei cittadini e sostenere le persone vulnerabili che vivono nelle aree interne italiane.

Nel periodo di programmazione 2014-2020, l'Italia ha messo in atto una nuova politica integrata chiamata Strategia Nazionale per le Aree Interne (NSIA)[9] . Questa politica si applica a tutte le regioni e macroaree italiane e mira a contribuire alla ripresa economica e sociale del Paese, creando posti di lavoro, promuovendo l'inclusione sociale e invertendo il declino demografico delle Aree Interne, sia in termini di dimensione della popolazione che di profilo di età. Il processo di attuazione si basa sulle precedenti esperienze di sviluppo locale in Italia ed è sostenuto da tutti i principali fondi dell'UE, oltre che da finanziamenti dedicati previsti dalla Legge di Stabilità (fondi nazionali).

[9] https://enrd.ec.europa.eu/

Le Aree interne italiane sono settantadue e sono costituite da 1077 comuni, con circa 2.072.718 abitanti, che rappresentano il 53% dei comuni italiani, coprono il 60% del territorio nazionale e ospitano il 23% della popolazione italiana. Anche all'interno della definizione di Aree Interne esistono tuttavia differenze marcate, con le aree periferiche e ultraperiferiche che costituiscono l'obiettivo prioritario degli interventi politici.

Le 72 aree interne italiane. Fonte: Comitato Tecnico Aree Interne, 2019.

Le Aree Interne italiane sono aree rurali caratterizzate dalla distanza dai principali centri di servizio (istruzione, sanità e mobilità)[10] . Guardando nello specifico ai servizi sanitari, le principali problematiche riguardano le difficoltà di attivazione dei servizi locali, le lunghe attese dei mezzi di soccorso in caso di emergenza sanitaria, le difficoltà di reclutamento di personale medico sul territorio, i servizi non orientati ai gruppi vulnerabili, presentando quindi alcune caratteristiche di desertificazione sanitaria.

Il profilo demografico e agricolo delle Aree interne è notevolmente diverso da quello medio che emerge a livello nazionale: il declino demografico e l'invecchiamento della popolazione

[10] I centri di servizi essenziali sono quei comuni in grado di fornire contemporaneamente: scuole con un'offerta completa di istruzione secondaria, almeno un ospedale di pronto soccorso di grado 1 e almeno una stazione ferroviaria di categoria Silver (sistemi medio/piccoli con un grado di utilizzo medio per i servizi metropolitani/regionali e per gli spostamenti a breve distanza).

sono più pronunciati nelle Aree Interne che nel resto d'Italia, sebbene siano controbilanciati da una forte crescita dell'immigrazione (che è raddoppiata nell'ultimo decennio in tutte le regioni). Anche la produttività economica e la qualità dei servizi in queste aree risentono del digital divide.

La strategia nazionale si basa su quattro innovazioni principali, che mirano a sviluppare e migliorare i processi partecipativi nelle aree rurali. La prima innovazione politica prevede miglioramenti paralleli nella fornitura di servizi essenziali (scuola primaria e secondaria e formazione professionale, mobilità e trasporti locali, servizi sanitari e medici), promuovendo al contempo iniziative di sviluppo locale in cinque settori chiave: gestione del territorio e delle foreste; prodotti alimentari locali; energie rinnovabili; patrimonio naturale e culturale; artigianato tradizionale e PMI. In secondo luogo, le Aree Interne sono una priorità nazionale, ma la strategia è concepita e attuata in un quadro multilivello, che coinvolge i livelli nazionale, regionale e locale. Le comunità locali sono essenziali in questo processo: possono interpretare le caratteristiche e la complessità della popolazione locale e del capitale territoriale e trasformarle in progetti, stimolando gli innovatori che già esistono in alcune Aree Interne. La rimozione degli ostacoli ai servizi essenziali e allo sviluppo locale può avvenire solo con un'efficace integrazione dell'azione nazionale e locale. La terza innovazione è l'approccio "multifondo": gli interventi di sviluppo locale nelle aree di progetto selezionate saranno finanziati da tutti i fondi strutturali e di investimento europei disponibili, attraverso i programmi regionali, e dal Fondo di stabilità nazionale. La partecipazione dei fondi europei è obbligatoria per l'approvazione della strategia locale. L'ultima innovazione è la partecipazione locale: la strategia locale è elaborata da un gruppo di sindaci e richiede la cooperazione tra i comuni coinvolti nell'area del progetto. Essi devono collaborare nella gestione dei servizi per le loro comunità e anche nella progettazione e gestione della strategia.

In questo contesto, nell'ambito della strategia di Cittadinanzattiva per la tutela dei diritti e il sostegno alle persone vulnerabili anche nelle aree interne del nostro Paese, sono state realizzate diverse attività:

1. con il Progetto Integrato di Protezione del Cittadino (PIT), che conta un centinaio di punti della rete che forniscono un sistema di assistenza e intervento per i cittadini il più vicino possibile a loro e alla loro comunità;

2. con l'Audit Civico, una tecnologia per la valutazione dei servizi pubblici anche nelle aree interne, per l'individuazione dei problemi e l'implementazione di azioni di miglioramento;

3. con progetti di "dialogo" tra istituzioni e cittadini, volti a rendere le comunità protagoniste dei loro territori, sia in termini di rilevazione dei bisogni che di ricerca di soluzioni;

4. con la campagna di advocacy e comunicazione *#diffondilasalute*, che mira a combattere le disuguaglianze tra le regioni, ma anche tra le aree interne e il resto del Paese, come ad esempio nei servizi sanitari: per questo, stiamo lavorando per l'attivazione di un intergruppo parlamentare sulle disuguaglianze in salute e abbiamo presentato una proposta di riforma dell'articolo 117 della Costituzione che pone il tema del diritto alla salute come un diritto dell'individuo;

5. con campagne di sensibilizzazione sull'offerta di servizi, come gli screening oncologici;

6. con campagne affinché i servizi e le strutture presenti nelle aree interne rimangano il più possibile attivi, per evitarne il trasferimento o la dismissione.

Oltre a queste criticità delle aree interne, ci sono molti altri aspetti e caratteristiche distintive che fanno di queste aree un vero e proprio patrimonio per l'Italia, un patrimonio di straordinario potenziale su cui vale la pena per il Paese investire.

Infatti, alcune di queste aree sono caratterizzate da una forte leadership locale, da attività progettuali significative, dalla presenza di comuni capaci di lavorare insieme e dalla loro resilienza.

Questo "capitale della comunità" è ciò che Cittadinanzattiva contribuisce a sostenere, ritenendo che questa diversità possa essere valorizzata da:

1. attività di informazione sulle nuove normative che riguardano lo sviluppo delle aree interne;

2. dibattiti pubblici sul valore e sulle potenzialità delle aree interne, anche in occasione dell'importante appuntamento del *Festival della Partecipazione* che si è svolto per tre anni a L'Aquila;

3. la raccolta e la diffusione di buone pratiche, nelle scuole e nell'assistenza sanitaria, per l'empowerment di queste comunità e la gestione dei servizi;

4. lavorare con studenti, insegnanti, comitati di genitori nelle aree colpite dai terremoti, per realizzare progetti innovativi che possano sostenere le comunità "oltre il terremoto";

5. la stesura di un Rapporto sulle farmacie rurali in collaborazione con Federfarma (Associazione Nazionale delle Farmacie);

6. il programma *Disponibile!* per il riutilizzo di strutture pubbliche inutilizzate, in collaborazione con l'Agenzia del Demanio;

7. una nuova linea di attività, avviata nel 2017, riguardante la gestione diretta dei beni culturali e ambientali da parte delle comunità delle aree interne del nostro Paese.

L'obiettivo finale di tutte le attività della Strategia Nazionale per le Aree Interne è quello di "invertire le tendenze demografiche, aumentando il benessere delle popolazioni locali, la domanda locale di lavoro e occupazione, il grado di utilizzo del capitale territoriale e rafforzando i fattori di sviluppo locale". In questo caso, Cittadinanzattiva contribuisce a questo obiettivo attraverso:

1. mettere a disposizione della Strategia nazionale delle aree interne le competenze acquisite in decenni di lavoro nell'attivismo;

2. con azioni di monitoraggio e pressione sui progressi della Strategia;

3. contribuire attraverso incontri, con cittadini e associazioni civiche, alla diffusione della Strategia delle aree interne;

4. facilitare le occasioni di confronto tra istituzioni e comunità delle aree interne per consentire loro di sviluppare percorsi comuni di attuazione della Strategia;

5. realizzare, in collaborazione con il Comitato Tecnico Nazionale, attività formative strutturate come modulo ad hoc della *Scuola Civica di Alta Formazione* che hanno l'obiettivo di diffondere, in un'ottica di scambio e confronto tra istituzioni, operatori e cittadini, la conoscenza di pratiche innovative.

Analisi dei media nazionali e locali

La quinta fase della ricerca è consistita nell'analisi dei media locali.

Per individuare le principali pubblicazioni giornalistiche relative al tema della desertificazione sanitaria in Italia, abbiamo proceduto a un'analisi della rassegna stampa dell'ultimo anno. Abbiamo ritenuto opportuno procedere con una ricerca più a ritroso nel tempo perché, già dalla precedente analisi della letteratura, la mancanza di conoscenza a livello nazionale di questo fenomeno era importante.

Dal nostro processo di analisi dei media sono emersi 55 diversi servizi giornalistici relativi a diverse regioni e province italiane colpite dal deserto sanitario. Cittadinanzattiva ha contribuito direttamente al processo di ricerca attraverso la propria segreteria regionale e/o assemblea territoriale di riferimento, che ha messo a disposizione diversi articoli, recensioni, documenti rilevanti per la discussione. I rapporti e i documenti raccolti si riferiscono a tutte le 20 regioni italiane, con particolare riferimento a: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto. Tra queste, le regioni Campania e Sicilia sono risultate quelle con maggiori criticità. Queste due regioni sono anche quelle in cui si sono riscontrate le realtà territoriali più urgenti delle aree di Avola-Noto e Oliveto-Citra. Tuttavia, si riscontra molta omogeneità tra le regioni, senza evidenti e drastiche differenze tra il nord e il sud del Paese. Approfondendo i principali risultati, questi possono essere suddivisi in due aspetti principali: il primo relativo agli elementi di desertificazione sanitaria e alle criticità condivise dalle varie province italiane indicate dai rapporti e il secondo relativo alle potenziali soluzioni e azioni che potrebbero risolvere o almeno migliorare il fenomeno scoraggiante.

La criticità più comune citata da tutti i media riguarda la carenza cronica di medici e specialisti in tutti i reparti sanitari. Si tratta di una situazione estremamente grave, che ostacola il corretto funzionamento delle strutture e grava su tutti gli operatori sanitari presenti, che ogni giorno prolungano i loro turni di lavoro per sostituire il personale mancante e far fronte alle emergenze. Per dare un'idea della gravità di questo elemento di desertificazione sanitaria, il servizio giornalistico del settembre 2021 dal titolo "Carenza di rianimatori rinviare il Punto nascita" spiega la criticissima carenza organica di anestesisti/rianimatori in Sicilia "che, con immensa difficoltà e spirito di sacrificio, riescono a malapena a garantire la loro attività a supporto delle unità operative di chirurgia e medicina presenti presso l'ospedale di Avola. Tutto ciò comporta una grave compromissione degli interventi dei reparti chirurgici sia in elezione che in urgenza. Quest'ultima branca chirurgica opera in atto presso l'ospedale di Noto e si avvale, per gli interventi chirurgici, degli anestesisti in servizio presso l'ospedale di Avola". Appare chiaro che questa carenza di anestesisti e rianimatori provoca una frammentazione senza precedenti che indebolisce ulteriormente la già precaria organizzazione delle strutture sanitarie. Per quanto riguarda la seconda area di deserto sanitario più preoccupante, quella di Oliveto Citra, il quotidiano regionale del novembre 2021 che abbiamo analizzato riporta la dichiarazione del medico e sindaco della provincia Carmine Pignata, il quale sostiene che "senza un medico a bordo delle ambulanze, le aree interne sono private del diritto alla salute". Dalla nostra analisi abbiamo inoltre notato come questa carenza diventi ancora più evidente durante la stagione estiva, dove le difficoltà si moltiplicano per

l'arrivo di visitatori occasionali, turisti e villeggianti, che aggravano il carico stradale e allo stesso tempo la domanda di assistenza sanitaria.

Secondo le nostre ricerche e l'esame dei media, altri due elementi delle aree affette da desertificazione sanitaria sono stati il sovraffollamento e le lunghissime liste d'attesa, che a volte superano i 12 mesi e non sono in grado di affrontare le situazioni di urgenza in non meno di 15-20 giorni. Il sovraffollamento degli ospedali e la necessità di effettuare tutto a distanza causati dalla pandemia di Covid-19 non hanno fatto altro che accentuare un fenomeno già preoccupante: la "rabbia di chi chiama il numero verde regionale dal cellulare per prenotare, che dopo un'estenuante attesa si vede anche prosciugare la bolletta telefonica", è una situazione frequentemente citata dai diversi articoli di giornale. Il numero molto limitato di strutture sanitarie in alcune aree è stato un terzo aspetto a cui hanno fatto spesso riferimento i resoconti dei media analizzati. Interi quartieri, tra cui soprattutto anziani, sono spesso costretti a fare la spola tra mille disagi per raggiungere il medico di base più vicino.

Analizzando i diversi elementi della desertificazione sanitaria, nei documenti sono state individuate misure efficaci come potenziali soluzioni per contrastare la carenza di medici, il sovraffollamento, le lunghe liste d'attesa e la mancanza di strutture sanitarie. La maggior parte dei rapporti considera la carenza di medici di base come una conseguenza dell'invecchiamento generalizzato della popolazione italiana e della classe medica e un effetto dei tagli alle assunzioni degli ultimi anni per scelta dei Ministeri competenti. Anche la grave destabilizzazione e la disorganizzazione dei turni e delle procedure di assunzione del personale sanitario è stata riscontrata come una caratteristica frequente delle strutture sanitarie italiane. Questo perché la maggior parte dei medici è demotivata dalla consapevolezza di dover affrontare disorganizzazione, turni irregolari e doppi, mancanza di riposo, stress ed esaurimento, soprattutto in situazioni di emergenza sanitaria come quella attuale.

Tra le soluzioni più pressanti, la maggior parte degli articoli dei media ha fatto riferimento alla necessità di un nuovo piano nazionale che riveda l'attuale struttura dei sistemi sanitari regionali e nazionali, prevedendo principalmente: una riorganizzazione interna del personale per supportare i reparti in cui la situazione è più critica, l'inserimento di un maggior numero di specializzandi attraverso la revisione del programma curriculare delle università e una rimodulazione dell'accesso alle scuole di medicina per soddisfare le esigenze derivanti dall'attuale carenza. Abbiamo identificato queste come soluzioni a breve e medio termine che mirano a incidere direttamente sul problema della carenza di medici. Per quanto riguarda invece il problema più ampio della desertificazione sanitaria in tutta Italia e di tutti gli elementi che la compongono, altri media hanno fatto riferimento ad azioni di grande impatto che contribuirebbero a garantire la presenza di medici di base e di altri professionisti sanitari nelle strutture territoriali. L'aumento della spesa sanitaria è un punto che viene ribadito da quasi tutti i documenti analizzati. Il problema risiede spesso nel fatto che la spesa sanitaria il più delle volte non viene considerata come un investimento. Piuttosto, viene considerata come una spesa corrente e i suoi benefici a lungo termine non vengono riconosciuti. Una volta aumentata questa consapevolezza, il potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso la cura di prossimità e l'utilizzo di strumenti di recente sviluppo che coinvolgono la telemedicina, prevedendo ospedali di comunità e case famiglia, diminuirebbe il sovraffollamento dei reparti ospedalieri e faciliterebbe l'iter burocratico e amministrativo spesso ostacolato da lunghe liste d'attesa (articolo di giornale dell'ottobre 2021 dal titolo "in 630 senza medico "Sindaco e

giunta si rivolgono a Roma"". Tra le altre soluzioni, anche l'incentivazione del lavoro di squadra e del coordinamento tra tutti gli operatori sanitari interessati, tra cui medici, infermieri, psicologi, medici e assistenti sociali, è stato un argomento frequentemente citato.

B. Risultati: i casi di studio di due deserti sanitari - *vedere anche gli annex 5 e 6*

Sulla base di quanto emerso dal processo di ricerca e analisi sopra descritto, sono state individuate 2 aree in cui condurre i progetti pilota: Piedimonte Matese in Campania e Avola-Noto in Sicilia.
Nella fase preliminare dei due progetti pilota, ai due team locali di Cittadinanzattiva è stata fornita una guida dettagliata su tutte le attività che avrebbero dovuto essere svolte, in termini di analisi e ricerca degli stakeholder rilevanti a livello locale, con l'obiettivo di identificare le misure politiche possibili/esistenti per prevenire/mitigare il fenomeno della desertificazione sanitaria e costruire il consenso.

Oltre alla suddetta guida, è stato fornito anche un altro documento su come procedere per intervistare gli stakeholder locali identificati e a chi sottoporre il questionario redatto. In primo luogo, sono state analizzate la conoscenza e la comprensione dei deserti sanitari da parte degli stakeholder, le sfide che essi pongono e i meccanismi attraverso i quali possono essere identificati e affrontati. In secondo luogo, è stato valutato l'interesse degli stakeholder per i deserti sanitari, tenendo conto delle loro motivazioni e dell'impatto percepito dei deserti sanitari sui loro mezzi di sussistenza.
Poi, è stato considerato il loro potenziale potere/capacità di influenzare i cambiamenti nei deserti sanitari. Infine, è stata considerata la posizione degli stakeholder nei confronti del problema relativo alle sfide esistenti nei deserti sanitari.

Pertanto, come primo passo di questa fase, i team locali hanno dovuto condurre un'analisi dei principali stakeholder e delle figure chiave a livello locale, come le organizzazioni di pazienti, gli operatori/professionisti sanitari (ad esempio, medici di base e specialisti, pediatri, infermieri, farmacisti, ecc, il referente dell'Area Interna, i sindacati che operano nel settore sanitario, i direttori dei distretti sanitari/ASL, ecc.) al fine di condurre interviste approfondite sul tema della desertificazione sanitaria nel proprio contesto e raccogliere esperienze, percezioni e misure (possibili/esistenti) per affrontare/prevenire il fenomeno in funzione di un migliore accesso ai servizi sanitari/assistenza socio-sanitaria.
I team locali hanno, inoltre, condotto un'analisi per identificare le figure politiche chiave coinvolte nel processo decisionale a livello locale - a diversi livelli politici e in diverse aree politiche (ad esempio, assessori locali, sindaci, assessori regionali e figure che rappresentano sia la maggioranza che l'opposizione) - e per condurre interviste approfondite sulle misure politiche possibili/esistenti per prevenire/mitigare il fenomeno della desertificazione sanitaria.
Come ultimo passo della prima fase delle attività da svolgere a livello locale, una selezione degli stakeholder intervistati è stata poi coinvolta in una serie di incontri faccia a faccia (focus group) per far emergere le questioni più rilevanti sulla desertificazione sanitaria nel loro contesto locale e per creare consenso.

Nella fase successiva dei progetti pilota nazionali, saranno organizzati altri due incontri: 1. Un tavolo di lavoro tra i rappresentanti di ciascuna categoria di stakeholder e i decisori politici a livello locale per confrontare e identificare il "mix ideale di misure" prioritarie da adottare,

tenendo conto dei vantaggi (i potenziali benefici per la comunità) e degli inevitabili compromessi (vincoli di bilancio legati alla spesa sanitaria, sostenibilità dei Sistemi Sanitari Regionali); 2. i team locali di Cittadinanzattiva, con il supporto dell'ufficio nazionale di Cittadinanzattiva, organizzeranno un incontro ad hoc tra i rappresentanti di ciascuna realtà locale e i rappresentanti politici nazionali (es, commissione parlamentare impegnata sul tema, Ministero della Salute, un parlamentare votato nella propria circoscrizione, ecc.) per discutere e selezionare le misure necessarie a contrastare la desertificazione sanitaria: dal livello locale a quello nazionale. In questo modo, ciascuna delle due realtà locali porterà il proprio "caso di studio" all'attenzione delle istituzioni nazionali grazie alla facilitazione operata dalla sede nazionale di Cittadinanzattiva.

Prima di procedere con la descrizione di quanto realizzato nelle due realtà coinvolte per i progetti pilota, è importante sottolineare che, rispetto a quanto inizialmente previsto - nonostante la volontà di procedere in modo uniforme e parallelo - è stato necessario adattare la metodologia ai due contesti, che presentano criticità diverse e a livelli differenti. Tuttavia, riteniamo che questo non sia un limite ma, anzi, fornisca un quadro più realistico e significativo della situazione nelle due aree coinvolte, consentendo di ottenere informazioni utili e interessanti ai fini del progetto.

Piedimonte Matese (Campania) - *vedere anche gli annex 7 e 8*

Il territorio del Massiccio del Matese è costituito da una catena di montagne prevalentemente calcaree situate tra Molise e Campania e quattro province: Benevento, Caserta, Campobasso e Isernia. Una vasta area è protetta e riconosciuta come parco. Occupa una superficie di 33.326,53 ettari, lungo un asse nord-est-sud-ovest che va dalle valli dei fiumi Lete e Sava per circa 50 km fino alla valle del fiume Tammaro in provincia di Benevento. Questo allineamento è seguito anche dalle principali montagne: i monti Miletto, Gallinola e Mutria. Ciò influenza le caratteristiche climatiche del territorio che, nelle zone più alte, rappresenta l'ultimo baluardo del clima continentale, mentre le zone più basse, esposte ai venti caldi provenienti dalle coste mediterranee della Campania, sono caratterizzate dalla presenza di paesaggi mediterranei, costituiti da uliveti, leccete, cipresseti e macchia mediterranea. Questa vicinanza geografica di due aree climatiche diverse ne fa uno dei luoghi più ricchi di biodiversità dell'Appennino meridionale. La ricchezza dei pascoli, in particolare, ha permesso un notevole sviluppo della pastorizia che, insieme all'agricoltura e allo sfruttamento forestale, ha rappresentato in passato la principale fonte di reddito delle popolazioni dell'area. La catena dei Monti del Matese rappresenta il primo fronte dell'Appennino meridionale, con la cima del Monte Miletto, situata sul versante molisano, come vetta più alta a 2.050 metri sul livello del mare. Ma la catena montuosa è costellata da molte altre cime di minore altezza (La Gallinola, il Monte Mutria, il Monte Pranzaturo, ecc.), bacini e laghi carsici come il Lago Matese situato a 1.011 metri sul livello del mare, che è il lago carsico più alto d'Italia. Numerosi sono i bacini artificiali: le Mortine sul Volturno, il Lago Gallo e il Lago di Letino. Il territorio carsico è, come tutti i territori di questo tipo, ricco di doline, voragini, grotte, inghiottitoi con torrenti che sprofondano e riappaiono in superficie, torrenti che si formano per i numerosi sgocciolamenti

dalle fratture delle rocce. Il Matese attira ogni anno decine di speleologi, impegnati a esplorare e documentare il mondo sotterraneo e a portare alla luce mondi che altrimenti rimarrebbero nell'oscurità. Qui si conoscono quasi duecento grotte: tra le più note c'è Campo Braca. Ma molte altre sono le importanti grotte del Matese, come la grotta del Cavuto a Letino, il Concone delle Rose, la grotta del Lupo, l'inghiottitoio di Campo Rotondo e molte altre. Infine, l'inghiottitoio della Pincera, che drena le acque della piana sovrastante l'abitato di Castello del Matese convogliandole direttamente alla sorgente Maretto: questo collegamento sotterraneo è molto importante, e il suo studio potrebbe spiegare i frequenti episodi di inquinamento organico delle acque di Piedimonte.

L'area vive quindi da anni i postumi di un declino produttivo che, iniziato negli anni Settanta e proseguito fino all'inizio del nuovo millennio, ha comportato anche una significativa riduzione delle antiche attività agricole e pastorali e la perdita di numerose risorse identitarie locali, sia di natura materiale che immateriale.

La tendenza a spostarsi dai piccoli comuni verso centri più serviti e popolosi come Piedimonte Matese, Alife, ecc. è la causa conseguente del modello sociale, abitativo e lavorativo a cui quella tipologia economico-produttiva ha portato. Il territorio è passato dall'originaria configurazione quasi esclusivamente agricola a una caratterizzata da un maggior peso del settore terziario. L'agricoltura svolge ancora un ruolo fondamentale nella formazione del reddito, ma è stata interessata da un profondo rinnovamento, sia in termini di tecniche colturali che di nuove colture: è diminuito, infatti, il peso di alcune colture tradizionali (cereali), mentre è aumentata la produzione di olive, uva e foraggi, questi ultimi destinati a un patrimonio zootecnico in costante aumento. Notevole diffusione ha, in particolare, l'allevamento di bovini e bufale da latte, e di sicuro rilievo a livello nazionale è la produzione di mozzarella di bufala, che rappresenta una produzione e una filiera di qualità. Nell'ambito del settore terziario, l'incidenza del turismo è, in termini relativi, ancora poco significativa ma ha ampi margini di crescita, data l'abbondanza di attrattive (paesaggistiche, architettoniche, ecc.) e la recente realizzazione di adeguate infrastrutture. Oltre a Piedimonte Matese, Sessa Aurunca e Teano costituiscono poli di gravitazione. Per il settore agricolo, i fattori che incidono negativamente sullo sviluppo del settore, che sono: - Il territorio prevalentemente montuoso e impervio; - Le caratteristiche climatiche inadatte alla coltivazione intensiva; - La scarsa accessibilità alla terra e la contestuale presenza di terreni incolti; - L'abbandono del settore da parte dei giovani perché sacrificato, socialmente declassato e soprattutto per la scarsa conoscenza del territorio, delle specificità locali e delle colture tradizionali; - L'estrema polverizzazione della proprietà agricola e la mancanza dello spirito, nonché della cultura, dell'associazionismo tra le aziende (la mancanza di reti d'impresa e filiere produttive consolidate). Il territorio si distingue anche per la notevole estensione della superficie forestale; anche questo patrimonio è attualmente poco sfruttato a causa, tra l'altro, della mancanza di una gestione omogenea e unificata tra i diversi comuni.

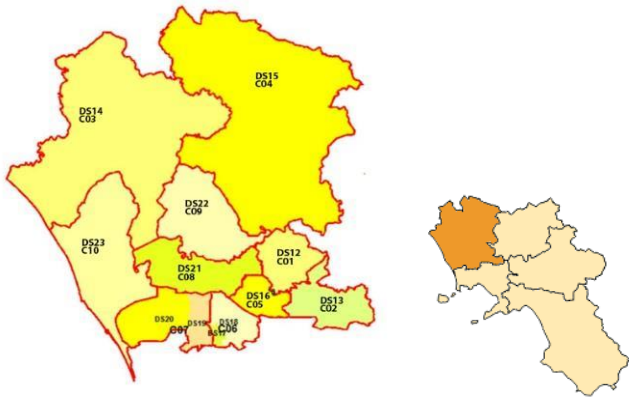
Il territorio è composto da trentuno comuni - suddivisi in due comunità montane: Matese (17 comuni) e Monte Maggiore (14 comuni) - che sono: Piedimonte Matese (comune capofila),

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 d'Alife, S. Pietro, S. Pietro d'Alife, S. Pietro d'Alife, S. Pietro d'Alife. Angelo d'Alife, San Gregorio Malese, San Potito Sannitico e Valle Agricola.

Tra i 17 comuni dell'area del Matese, abbiamo cercato di coinvolgere le comunità più colpite dal fenomeno della desertificazione sanitaria.

La superficie del territorio è di circa 871,11 chilometri quadrati, con una popolazione totale di circa 68.899 abitanti (dati 2021); rappresenta il 6,50% della superficie dell'intero territorio regionale e il 7,57% della sua popolazione. La densità di popolazione è di circa 84,63 abitanti per chilometro quadrato, di gran lunga inferiore al valore provinciale che è di circa 340 abitanti per chilometro quadrato e al valore regionale che è di circa 408,32 per chilometro quadrato. Come in altre aree interne del Paese, anche l'area massese del Matese compresa nel versante casertano ha subito una diminuzione della popolazione, che è stata ed è particolarmente significativa in alcuni comuni (Valle Agricola, Letino, Gallo, Liberi, ecc.).

Il territorio dell'ASL di Caserta è per il 56,25% collinare e per il resto pianeggiante. L'andamento demografico della popolazione residente nell'ASL di Caserta ha avuto un graduale incremento nel corso degli anni, facendo registrare il più alto tasso di crescita totale della Regione Campania. La densità di popolazione della provincia raggiunge picchi considerevoli in alcune aree e, nel complesso, è la seconda provincia più densamente popolata della Regione. La popolazione è tra le più giovani della Regione, con un indice di vecchiaia (105,9%) tra i più bassi rispetto alla media regionale (117,3%). In alcuni distretti, come i Distretti sanitari n. 13, 16, 18, 19 e 20, il numero di giovani è superiore alla popolazione anziana. I principali servizi sanitari dell'ASL di Caserta sono i seguenti: A. Distretti sanitari (vedi figura seguente),



I distretti sanitari dell'asl di Caserta. Piedimonte Matese corrisponde al Distretto n. 15.

B. I Presidi Ospedalieri, sono: il Presidio Ospedaliero di Aversa - Dea I° Livello; il Presidio Ospedaliero di Maddaloni/San Felice Cancello - Pronto Soccorso attivo; il Presidio Ospedaliero di Marcianise - Dea I° Livello; il Presidio Ospedaliero di Piedimonte Matese - Pronto Soccorso attivo; il Presidio Ospedaliero di Santa Maria Capua Vetere - Pronto Soccorso attivo; il Presidio Ospedaliero di Sessa Aurunca - Dea I° Livello. C. I Dipartimenti dell'Area Sanitaria: il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche; il Dipartimento di Salute Mentale; il Dipartimento di Prevenzione; il Dipartimento Funzionale delle Fragilità; il Dipartimento Funzionale del Farmaco; il Dipartimento Funzionale Materno Infantile; il Dipartimento Funzionale di Area Medica; il Dipartimento Funzionale di Area Chirurgica.

Le reti previste per le malattie tempo-dipendenti sono: la Rete IMA; la Rete Ictus; la Rete Traumi; la Rete Emergenze Pediatriche; la Rete Emergenze Digestive; la Rete Neonatologia con punti nascita.

Distretto Sanitario n. 15 di Piedimonte Matese Area: 879,11 Kmq- Popolazione residente: 68.899 - Densità di popolazione: 84,360 ab/Kmq

Distretto sanitario n. 15	0-14	15-64	> 65	Totale	Indice di vecchiaia	Età media
	8.269	43.862	16.768	68.899	260,61%	48,87

Nel Distretto Sanitario n. 15 di Piedimonte Matese, le principali strutture sanitarie operative pubbliche e/o private sono specificate di seguito:

A. Il Presidio Ospedaliero "AGP" di Piedimonte Matese: con Unità Operative e Servizi con e senza posti letto, per le discipline, che sono: 1) Unità Operative Complesse, di: - Direzione Sanitaria; - Chirurgia Generale; - Medicina Generale; - Ortopedia e Traumatologia; - Anestesia e Terapia Intensiva; - Laboratorio Analisi; 2) Unità Operative Semplici Dipartimentali, di:- Oncologia; - Ostetricia e Ginecologia; - Pediatria; - Emodialisi; 3) Unità Operative Semplici, di : - Cardiologia e Terapia Intensiva Neonatale; - Pronto Soccorso con OBI; - Radiologia; - Farmacia Ospedaliera. B. Servizi distrettuali, che operano attraverso le Unità Operative, che sono: - U.O. Ufficio Relazioni con il Pubblico e Socio-Sanitario; - U.O. Assistenza Primaria con sedi a: Piedimonte Matese, Alife e Caiazzo; - U.O. Assistenza Materno-Infantile con sedi a: Piedimonte Matese, Alife e Caiazzo; - U.O. Salute Mentale con sedi in: Piedimonte Matese; - U.O. Prevenzione Collettiva con sedi in: Piedimonte Matese, Alife e Caiazzo; - U.O. Medicina Legale ; - U.O. A.D.I. e Anziani con sedi in : Piedimonte Matese , Caiazzo e Alife; - Farmacia Distrettuale con sede a Piedimonte Matese; - U.O. di Geriatria Sovradistrettuale con sede a Piedimonte Matese; - U.O. di Riabilitazione con sede a Piedimonte Matese: - Servizio Tossicodipendenze con sede a Piedimonte Matese; - U.O. di Medicina Veterinaria con sedi a : Piedimonte Matese, Alvignano, Caiazzo; - SAUT-118 con sedi a Piedimonte Matese e Caiazzo; - Unità di Continuità Assistenziale, con sedi a: Piedimonte Matese, Ailano, Caiazzo, Dragoni, Fontegreca, Formicola, Riardo. C. La struttura residenziale di cure intermedie (SIR) con posti letto. D. L'Unità abitativa speciale permanente (SUAP) con posti letto. E. Il Centro di Salute Mentale (CSM) con sede a Piedimonte Matese. F. Il Servizio per le Dipendenze (SER.T) con sede a Piedimonte Matese. G. L'Ambito Territoriale Sociale C/04 (servizio sociale). H. La Casa di Cura Villa dei Pini - Athena, convenzionata con il SSR per 60 posti letto, eroga cure e servizi con le Unità Operative e i Servizi, per discipline con e senza posti letto, che sono: Chirurgia, Chirurgia Vascolare, Medicina Interna, Oculistica, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Servizio di Diabetologia, Radiologia tradizionale, TAC, Risonanza Magnetica, Ecografia, etc.; I. Il Centro OASI - Residenza di Riabilitazione Neuromotoria per Anziani e Disabili. L. La Residenza Sanitaria Assistita per anziani "BAIA DUEMILA", con 24 posti letto; M. La Casa Residenza "Il gabbiano Jonathan", con 10 posti letto.

Risultati

Complessivamente, sono stati intervistati 37 stakeholder locali attraverso la compilazione di altrettanti questionari.

Come inizialmente previsto, alcuni di questi sono stati successivamente coinvolti nei focus group che si sono svolti nel mese di maggio 2022.

Sia dai questionari che dagli incontri faccia a faccia è emersa una chiara consapevolezza dei problemi esistenti nell'area del Matese dal punto di vista sanitario, già emersi durante il processo di analisi e ricerca iniziale condotto nella prima fase del progetto.

Le maggiori criticità emerse sia dai questionari che dagli incontri hanno riguardato: la grave carenza di assistenza professionale per le cure primarie, soprattutto per quanto riguarda i Medici di Medicina Generale e i Pediatri. La carenza di personale sanitario si estende anche ad altre tipologie di figure, quali: Ostetrici, Chirurghi, Internisti, Oncologi, Nefrologi.

Allo stesso tempo, è emersa la grande carenza di servizi per il trasporto di persone con disabilità e di un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), dovuta principalmente alla mancanza di personale e di veicoli speciali. Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che consiste in un insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi integrati con servizi socio-assistenziali (igiene personale, cura della persona, assistenza ai pasti).

Inoltre, è stato dato grande risalto alla mancata rimodulazione della classificazione dell'Ospedale di Piedimonte Matese da Pronto Soccorso Attivo (PSA) a Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA) di I livello.

Il Dipartimento di Emergenza Attiva (PSA), collocato negli ospedali per acuti e, quindi, nella rete dei dipartimenti ospedalieri dedicati all'emergenza, rappresenta il punto di sintesi tra la fase di degenza e quella extraospedaliera dell'emergenza, in cui massimizzare le risposte diagnostiche e terapeutiche durante gli eventi critici. [11]

Gli ospedali che ospitano dipartimenti di emergenza (PSA) attivi devono possedere i seguenti componenti minimi: (a) presenza di guardia attiva in anestesia-rianimazione, medicina, chirurgia, ostetricia-ginecologia e pediatria; (b) presenza di guardia o reperibilità in cardiologia, ortopedia-trauma, laboratorio di analisi con banca del sangue, radiologia. [12]

Il Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA) rappresenta un'aggregazione funzionale di unità operative che mantengono una propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale, ma riconoscono la propria interdipendenza adottando un codice comune di comportamento assistenziale, al fine di garantire, in collegamento con le strutture operanti

[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.

[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

sul territorio, una risposta rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello. Il presidio ospedaliero basato sul DEA di I livello (spoke) esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale basato sul dipartimento di emergenza e svolge funzioni di ricovero in emergenza-urgenza per le patologie di maggiore complessità, con funzioni di osservazione e ricovero breve, rianimazione. Allo stesso tempo devono essere garantiti gli interventi diagnostico-terapeutici di medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia con UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica). Sono inoltre assicurati i servizi di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e di trasfusione. [13]

Oltre a quanto detto sopra, è stato evidenziato che i tempi di risposta alle emergenze da parte del Servizio di Urgenza Territoriale (SAUT-118) sono inaccettabili per gli utenti dei comuni montani. Infatti, possono essere necessari anche 50/70 minuti per raggiungere i comuni dell'Alto Matese.

Tra le proposte avanzate in risposta ai risultati vi sono: la rimodulazione della classificazione dell'ospedale da PSA a DEA di I livello.

La promozione dei Servizi Sanitari e Sociali per favorire l'integrazione dei servizi inclusivi (garantendo anche un servizio di supporto psicologico nelle scuole) e l'attivazione di un servizio navetta per consentire alle persone di raggiungere l'ospedale.

Sarebbe inoltre opportuna l'istituzione di un Servizio di Urgenza Territoriale (118) di prossimità per i comuni montani, al fine di ridurre drasticamente i tempi di intervento che possono rivelarsi cruciali nei casi più gravi. E, per supportare gli interventi nelle emergenze gravi - viste anche le caratteristiche impervie del territorio - è stata proposta anche l'attivazione dell'elisoccorso H/24 presso l'Ospedale.

Inoltre, è stata sottolineata l'importanza della presenza nei comuni montani della Farmacia di comunità e dei servizi e di almeno una Casa della Comunità (CdC). La Casa della Comunità è il luogo fisico pubblico, vicino e facile da trovare, a cui l'assistito può accedere per entrare in contatto con il sistema sanitario.

Avola - Noto (Sicilia)

Il Vallo di Noto o Val di Noto era una circoscrizione amministrativa che si occupava della giustizia, dell'erario e occasionalmente della milizia del Regno di Sicilia dal periodo normanno fino alla sua abolizione nel 1812. Nel 2002 alcune delle città comprese nel Vallo sono state riconosciute dall'UNESCO come Patrimonio dell'Umanità. L'area comprendeva la parte sud-orientale della Sicilia, identificata tra le province di Ragusa, Siracusa, Enna, Caltanissetta e

[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.

Catania. L'area è caratterizzata dai principali rilievi costituiti dai Monti Iblei e da parte dei Monti Erei. La presenza di numerosi torrenti e gole rende l'area piuttosto complessa dal punto di vista geografico, con un'instabilità geologica che rende la zona ad alto rischio sismico, come dimostrano i terremoti del 1542 e del 1693. La vegetazione, quando non è legata alla coltivazione, appartiene alla tipica macchia mediterranea. Per la sua importanza storica, Noto divenne nel tempo diocesi e sede della curia vescovile, del teatro, nonché sede del carcere e dell'Ospedale, dono della famiglia Trigona. Oggi, a testimonianza della sua importanza storica, oltre all'immenso patrimonio architettonico, artistico e naturale, resta l'enorme estensione territoriale del comune di Noto che, con i suoi 554,99 km² di superficie, occupa più di un quarto della provincia di Siracusa ed è il più grande comune della Sicilia e il quarto in Italia. È un territorio bellissimo e variegato in cui si possono ammirare enormi pascoli verso le colline e vigneti, uliveti, mandorleti e agrumeti verso la piana di San Paolo che si estende fino al confine con il comune di Pachino, oltre a meravigliose spiagge e calette, la maggior parte delle quali comprese nella Riserva Orientata di Vendicari. La città di Noto conta 23.820 abitanti ed è meta turistica nazionale e internazionale per migliaia di viaggiatori, soprattutto nella stagione estiva.

Avola è un comune della provincia di Siracusa che si estende su una superficie di 74,27 km², con una popolazione di 30 307 abitanti e una densità abitativa di 406,31 abitanti/km². La città di Avola è caratterizzata da una pianta esagonale e si affaccia sul Golfo di Noto, sulla costa ionica della Sicilia orientale. Dal 1358, grazie alla presenza della famiglia Aragona, ebbe un certo risveglio demografico ed economico che si intensificò nel corso del XVI e XVII secolo, soprattutto durante la signoria di Carlo d'Aragona Tagliavia. Alla vigilia dei grandi sconvolgimenti tellurici del 1693, Avola, ancora arroccata sulle colline iblee, che si trovano alle spalle dell'attuale città, doveva avere una popolazione di non meno di seimila abitanti. Ma in quell'anno, ed esattamente il 9 e l'11 gennaio, un violento terremoto, che quasi distrusse l'intero Val di Noto e numerosi altri centri urbani della Sicilia orientale (tra cui Noto, Siracusa e Catania), costrinse la popolazione superstite a trasferirsi sulla grande costa sottostante, a otto chilometri di distanza, e a ricostituire Avola nel luogo dove prima c'era solo un'estesa e deserta pianura affacciata sul mare. Così che Avola da paese di montagna, si trasformò (a causa del terremoto) in una città di pianura marittima. Conosciuta e apprezzata in particolare per il pregiato vino che si produce in queste zone, il Nero d'Avola, e per la famosa "pizzuta" di mandorle avolesi, la città offre ai suoi visitatori anche numerose attrattive di interesse turistico e culturale, oltre che a un mare incantevole.

In questo vasto territorio, l'area individuata per la conduzione di uno dei due progetti pilota locali corrisponde alla zona Sud-Est che comprende i comuni di Noto, Avola, Rosolini, Pachino e Portopalo, che fanno parte del Distretto Sanitario n. 8 dell'Azienda Sanitaria Provinciale - ASP di Siracusa. Quest'area ha una popolazione di circa 100.000 persone, che raddoppia nei mesi estivi. L'intero distretto dell'area sud-est fa perno sul Presidio Ospedaliero U.O. Avola/Noto, DEA di I° livello, e sul Presidio Ospedaliero Umberto I° di Siracusa, dea di I° livello a cui fa riferimento l'intera area pedemontana (Buccheri, Cassaro, Ferla, Palazzolo

Acreide, Sortino, Solarino, Floridia, Cassibile, Canicattini Bagni, Priolo Gargallo e la stessa città di Siracusa).

Il territorio dell'ASP di Siracusa è suddiviso in quattro distretti sanitari di base: 1)Distretto di Siracusa, comprendente i comuni di Siracusa, Canicattini, Floridia, Solarino, Priolo, Sortino, Palazzolo, Buccheri, Buscemi, Cassaro e Ferla; 2)Distretto di Augusta, comprendente i comuni di Augusta e Melilli; 3)Distretto di Noto, comprendente i comuni di Noto, Avola, Pachino, Portopalo e Rosolini; 4)Distretto di Lentini, comprendente i comuni di Lentini, Carlentini e Francofonte.

L'assistenza sanitaria territoriale è pianificata dai Dipartimenti della Salute e viene erogata e gestita attraverso i Distretti Sanitari di Base.

Il Piano Sanitario Nazionale le definisce come un'articolazione organizzativo-funzionale finalizzata a raggiungere un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni di salute della popolazione.

All'interno dei distretti sanitari, in applicazione della riforma sanitaria siciliana (L. 5/2009) operano i PTA (Presidi Territoriali di Assistenza) attraverso i quali viene garantita l'erogazione di servizi socio-sanitari integrati a tutti i cittadini.

Nel territorio dell'ASP 8 sono individuati 6 PTA, quattro funzionali a Siracusa, Palazzolo, Pachino e Lentini e 2 strutturali a Noto e Augusta. I PTA rappresentano il punto di accesso privilegiato alla rete territoriale, sono dotati o collegati al Centro Unico di Prenotazione e garantiscono servizi nelle aree di:

1) Assistenza primaria (accoglienza, servizi sanitari di base e specialistici)

2) Servizi sociali e sanitari integrati con i servizi sociali

3) Servizi per bambini e famiglie con problemi sociali e sanitari

4) Servizi di salute mentale e Sert

Nell'ambito delle cure primarie ci sono:

1) Le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria) con l'importante funzione di continuità assistenziale;

2) I servizi di assistenza domiciliare

3) I servizi diagnostici specialistici con ambulatori attrezzati per la piccola chirurgia d'urgenza.

Snodo cruciale è il PUA (Punto Unico di Accesso) che fornisce informazioni aggiornate sulle varie opportunità. All'interno di ogni PTA viene istituito un PPI (Punto di Primo Intervento) che dovrebbe fungere da filtro in modo da ridurre gli accessi al Pronto Soccorso per i casi non

gravi, i cosiddetti codici bianchi e verdi. Il Punto di Primo Intervento prevede un'apertura nelle 12 ore diurne ed è gestito sia dai dipendenti che dai medici e pediatri di famiglia aggregati in associazione.

Mappa territoriale dell'ASP n.8 di Siracusa

Risultati

27 stakeholder locali sono stati intervistati compilando altrettanti questionari. E, come inizialmente previsto, alcuni di questi sono stati successivamente coinvolti negli incontri tenutisi nel maggio 2022.

Tutti e cinque i comuni dell'area meridionale sono stati coinvolti nel progetto, anche se va notato che la risposta maggiore al problema è stata più sentita dal comune di Noto, essendo la questione del destino dell'ospedale riunito di Avola/Noto al centro di numerose proteste dei cittadini.

Infatti, il progressivo smantellamento di interi reparti dell'Ospedale Trigona di Noto, a fronte della mancata riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dalla legge di rifunzionalizzazione, che avrebbe dovuto avere nel presidio di Noto il centro post-acuzie, con l'adeguamento e il potenziamento dei relativi reparti con annesso Presidio Territoriale di Assistenza (PTA), è stato, ad oggi, totalmente disatteso dalle autorità competenti, a discapito dell'intero territorio interessato.

I Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) rappresentano un nuovo modello di diagnosi e cura, progettato sulla base della domanda di servizi sanitari espressa dal territorio di riferimento. Rappresentano una sorta di congiunzione tra i servizi garantiti dai Distretti di base e quelli dei Presìdi ospedalieri.

È importante sottolineare che l'ospedale riunito di Avola/Noto, catalogato come DEA di primo livello dall'Assessore regionale alla Sanità, dovrebbe servire non solo tutti gli utenti dell'area meridionale, ma, nei mesi estivi, anche i numerosi turisti che soggiornano nelle località turistiche dei singoli comuni. Attualmente, però, la situazione dei servizi sanitari nell'area è del tutto insufficiente e precaria, e l'ospedale riunito di Avola/Noto è un DEA di primo livello solo di nome, poiché al Trigona di Noto non sono mai stati allocati i reparti di post-acuzie e il pronto soccorso fa servizio dalle 8 alle 20. Questa disfunzione crea conseguenze aberranti, in quanto, essendo l'ospedale destinato alle cure post-acute, con un solo reparto per acuti rimasto operativo, cioè Ortopedia, qualsiasi codice rosso non potrebbe essere affrontato a Noto, dato che il Pronto Soccorso di Noto non è dotato di chirurgia o di altri reparti in grado di affrontare gli interventi di emergenza, mentre gli interventi notturni in codice rosso devono necessariamente essere indirizzati al Pronto Soccorso di Avola e se, nel caso, al paziente venisse diagnosticato un trauma ortopedico, dovrebbe essere immediatamente trasferito di nuovo a Noto, dove però non potrebbe successivamente effettuare una lunga degenza o una terapia riabilitativa. La situazione si è ulteriormente aggravata con l'apertura del reparto di Ginecologia e Ostetricia presso l'ospedale "G. di Maria" di Avola, con soli 4 posti letto che ha comportato (notizia ufficializzata un paio di giorni fa) la sospensione del reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Umberto I° di Siracusa per mancanza di medici, visto che, attualmente, le gestanti del distretto della zona sud possono contare solo su 4 posti letto. A breve anche il reparto di Ortopedia presente al Trigona di Noto sarà trasferito ad Avola, con il conseguente rischio che l'ospedale Trigona si trasformi in una scatola vuota e tutto questo alle soglie della stagione estiva. Sono numerosi i casi di disservizio segnalati dagli utenti a causa dell'intasamento del Pronto Soccorso di Avola, insufficiente a garantire le emergenze di tutto il distretto con numerosi casi di migrazione verso altri ospedali. I comuni di Pachino, Portopalo e Rosolini possono contare su una guardia medica e un'ambulanza medicalizzata per le emergenze e tutti fanno riferimento all'ospedale di Avola/Noto come ospedale più vicino e facilmente raggiungibile. Ad oggi, in prossimità della stagione estiva, non si sa se e quante guardie mediche saranno attivate nelle zone balneari a causa della carenza di personale sanitario.

In questo complesso contesto, gli stakeholder intervistati attraverso la compilazione dei questionari sono stati scelti sulla base delle attività sociali e professionali svolte sul territorio, in modo da avere una visione il più possibile completa delle criticità sanitarie riscontrate.

Hanno risposto ai questionari: consiglieri comunali di maggioranza e di opposizione, rappresentanti di Patronati, Medici, Farmacisti, Biologi, Rappresentanti di Associazioni civiche e di pazienti. Dall'analisi del contesto, non emerge un'asimmetria di giudizio tra gli intervistati e quanto emerso dalle interviste è stato condiviso anche durante gli incontri di persona tenutisi nel mese di maggio. Vengono sottolineati soprattutto: i lunghi tempi di attesa per ottenere una visita specialistica, la mancanza di servizi di emergenza (Pronto Soccorso), la scarsa attenzione alle persone economicamente fragili che rinunciano alle cure perché impossibilitate a recarsi presso le Strutture Sanitarie Pubbliche, l'accusa alla Politica nel suo

complesso di non aver saputo implementare e migliorare il servizio sanitario pubblico a livello locale.

Vengono inoltre evidenziate le carenze strutturali e funzionali delle Aziende sanitarie (mancanza di attrezzature diagnostiche, carenza di personale medico e infermieristico sia nelle cliniche territoriali che negli ospedali).

Un altro aspetto negativo che viene evidenziato è quello relativo alla mobilità passiva fuori provincia e fuori regione (in particolare, i cittadini più abbienti preferiscono migrare verso strutture sanitarie del Nord Italia). Tutto ciò comporta un costo piuttosto oneroso da parte delle ASL, e dell'amministrazione regionale in generale, in quanto sono costrette a remunerare centri di eccellenza extra-regionali con conseguente impoverimento finanziario degli investimenti a favore delle strutture sanitarie presenti nel loro contesto territoriale.

Oltre a quanto sopra, durante i due incontri tenutisi nel mese di maggio, è emersa la volontà di coinvolgere il maggior numero possibile di associazioni degli altri comuni dell'area sud, al fine di creare una vera e propria rete civica che svolga un lavoro informativo e divulgativo sulla materia. al fenomeno della desertificazione sanitaria e di costruire un maggiore consenso civico e una maggiore consapevolezza della gravità della situazione.

Inoltre, è stata evidenziata la volontà di creare un osservatorio civico su questo tema, con l'obiettivo di comunicare in modo più efficiente ed efficace con le istituzioni locali.

C. Raccomandazioni politiche

In questa fase del progetto, non è ancora possibile formulare conclusioni e raccomandazioni politiche perché queste saranno formulate e discusse nella fase successiva alla stesura del presente rapporto.

[i] https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/italy-health-system-review-2014

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	[X] Private car	2019		https://www.istat.it/it/files/2020/05/spostamenti-sul-territorio_2019.pdf
	[ ] Public transport			
	[ ] Bicycle			
	[ ] Walking			
	Other (please specify)			

Please briefly explain any landscape or transportation challenges related to access to healthcare services for the medical deserts identified	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.	2019	N/A	https://www.istat.it/it/files/2020/05/spostamenti-sul-territorio_2019.pdf

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_CMORTEM#
	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)	296	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)	Included: free primary care inpatient carehealth screenings visit to a family doctor or pediatrician treatment in a public hospital childbirth Excluded: dental care medication and prescribed medication	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	• 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?	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. In addition, it discusses the turnover in healthcare spending nationwide, which over the past 15 years has mostly affected the NHS employees.
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	• *Analyze the unresolved nodes of the NHS and point the finger at the shortcomings of territorial assistance.* • *Foresee the challenges that will be faced in the future on the theme of healthcare and the lack of territorial assistance.* • *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.*
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: • 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 *Corte dei Conti* (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,

	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: • 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	The national strategy is based on four main innovations, which seek to develop and improve participatory processes in rural areas: • 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	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: • 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	The survey was developed through a qualitative approach articulated in two phases. 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. 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.
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	• 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	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. 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. 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.
How they construct the index(es) for desertification	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).
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	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.
General comments	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.

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	• 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)	It is relevant to define how the Italian RHSs are organized and structured. 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.
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	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: • 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	• 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)	The main new concepts worth defining that are used in the text are rural disparity and telehealth. The term “medical deserts” is also explicitly expressed.
Definition(s)	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”. 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. 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”.
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	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: • 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	• 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	The observational study was a geographical analysis based on two types of routinely collected data: • 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

	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). • 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	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). 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.
How they construct the index(es) for desertification	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.
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 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.

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	• 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)	“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”. “Artificial provider deserts” are referred to as “areas where providers practice but are not included in certain insurance carrier networks”. Concerning “rural women’s health”, the focus of the paper is mainly on maternal and obstetrical deserts.
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	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. The research draws on qualitative interviews with 51 rural women across northeastern Minnesota.
What methodology they employ	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. 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.
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	• 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)	Basic concepts referring to access to care may be used as reference when talking about medical deserts: • 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	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. Participants were 22 772 adult patients undergoing emergency surgery on the gastrointestinal tract between December 2013 and November 2016.

What methodology they employ	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. 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.
How they construct the index(es) for desertification	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. 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. 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).
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	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.
General comments	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.

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	• 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	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. 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

	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?	The indexes were relevant in delineating a number of possible avenues for health policy action: • 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	• 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	The filters used for the search strategy were: • 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	• 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)	The term “medical deserts” is used according to their definition as “territories where inhabitants lack proper access to healthcare”. Telemedicine is defined as “Provision of remote patient care and consultation using telecommunication technologies”. Telemedicine 2.0 refers instead to the “use of “Web 2.0” technologies in health/medicine care or in telemedicine”.
Geographical area(s) (location)	The study primarily focuses on the telemedicine projects that are currently bring 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	Different terms refer to many of the aspects of medical deserts: • 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	• 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)	All the terms combined make up what we consider to be basic characteristics of medical deserts: • 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	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. 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 AAPHW 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.
What methodology they employ	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.
How they construct the index(es) for desertification	The research's procedure was developed in three phases: • Development of an Analysis Grid for the Document Analysis of the AAPWH • Document Analysis of the AAPWH

	• Expert Judgement
Do they use the index for studying the relation with other concepts? Which concepts? What are the findings?	The aim of the survey and of the indexes set forth was to identify the key arguments of the experts: • 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	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.

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	• 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

	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.
What methodology they employ	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. 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.
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

	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".

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.

Country	Area	code (NUTS 1)	Region	code (NUTS 2)	Province	code (NUTS 3)	Population, Total (persons) Source: EUROSTAT 2020	Population, From 15 to 64 years (persons)	Population, 65 years or over (persons)	Population, Less than 15 years (persons)	Female population, Total Source: EUROSTAT 2020	Female population,From 15 to 85 and over years	Female population, From 5 to 9 years [Y5-9]	Female population,From 10 to 14 years [Y10-14]
														84
Italy											30,591,392	26,839,725	1,275,716	1,374,611
	Nord ovest	ITC					15 988 679	10 056 594	3 880 448	2 051 637	8,189,754	7,193,966	339,879	363,804
			Piemonte	ITC1			4 311 217	2 669 819	1 115 960	525 438	2,216,159	1,960,830	87,229	93,602
					Torino	ITC11	2 230 946.0	1 383 221.0	571 899.0	275 826.0	1,151,455	1,017,776	45,927	48,923
					Vercelli	ITC12	169 390.0	103 801.0	46 454.0	19 135.0	87,030	77,721	3,132	3,436
					Biella	ITC13	174 170.0	104 848.0	50 893.0	18 429.0	90,389	81,396	3,013	3,480
					Verbano-Cusio-Ossola	ITC14	156 320.0	96 659.0	42 522.0	17 139.0	80,508	72,060	2,919	3,192
					Novara	ITC15	364 980.0	230 568.0	87 842.0	46 570.0	187,309	164,393	7,830	8,411
					Cuneo	ITC16	586 113.0	365 765.0	143 127.0	77 221.0	296,829	259,301	12,698	13,413
					Asti	ITC17	212 010.0	130 209.0	56 424.0	25 377.0	108,097	95,827	4,166	4,516
					Alessandria	ITC18	417 288.0	254 748.0	116 799.0	45 741.0	214,542	192,356	7,544	8,231
			Valle d'Aosta	ITC2			125 034	78 641	30 309	16 084	63,913	56,127	2,713	2,897
					Aosta	ITC20	125 034.0	78 641.0	30 309.0	16 084.0	63,913	56,127	2,713	2,897
			Liguria	ITC3			1 524 826	919 450	438 344	167 032	794,455	713,292	27,564	30,632
					Imperia	ITC31	209 382.0	127 480.0	59 053.0	22 849.0	108,288	97,205	3,688	4,203
					Savona	ITC32	271 832.0	162 558.0	80 036.0	29 238.0	141,416	127,262	4,809	5,401
					Genova	ITC33	826 194.0	496 298.0	239 224.0	90 672.0	432,537	388,364	15,039	16,697
					La Spezia	ITC34	217 418.0	133 114.0	60 031.0	24 273.0	112,214	100,461	4,028	4,331
			Lombardia	ITC4			10 027 602	6 388 684	2 295 835	1 343 083	5,115,227	4,463,717	222,373	236,673
					Varese	ITC41	884 876.0	555 800.0	211 664.0	117 412.0	453,905	396,817	19,725	20,632
					Como	ITC42	597 642.0	380 554.0	138 214.0	78 874.0	303,902	265,614	13,082	13,956
					Lecco	ITC43	334 961.0	210 284.0	80 342.0	44 335.0	169,732	148,120	7,391	8,032
					Sondrio	ITC44	180 425.0	114 209.0	43 094.0	23 122.0	91,741	80,630	3,729	3,980
					Bergamo	ITC46	1 108 126.0	713 981.0	237 401.0	156 744.0	558,273	482,145	26,023	28,205
					Brescia	ITC47	1 255 437.0	805 800.0	274 777.0	174 860.0	635,626	550,426	29,091	31,321
					Pavia	ITC48	540 376.0	341 371.0	133 478.0	65 527.0	276,051	244,166	10,802	11,665
					Lodi	ITC49	227 412.0	146 511.0	49 713.0	31 188.0	115,081	100,002	5,128	5,386
					Cremona	ITC4A	355 908.0	223 461.0	87 503.0	44 944.0	180,306	158,829	7,344	7,828
					Mantova	ITC4B	406 919.0	256 124.0	97 604.0	53 191.0	206,817	181,165	8,869	9,311
					Milano	ITC4C	3 265 327.0	2 086 430.0	745 540.0	433 357.0	1,679,902	1,469,850	71,216	75,348
					Monza e Brianza	ITC4D	870 193.0	554 159.0	196 505.0	119 529.0	443,891	385,953	19,973	21,009
	Nord est	ITH					11 627 537	7 352 367	2 762 952	1 512 218	5,945,814	5,211,766	251,033	267,782
			Provincia autonoma di Bolzano	ITH1			532 644	343 756	105 656	83 232	269,052	228,779	13,448	13,666
					Bolzano	ITH10	532 644.0	343 756.0	105 656.0	83 232.0	269,052	228,779	13,448	13,666
			Provincia autonoma di Trento	ITH2			545 425	346 352	122 248	76 825	277,511	240,277	12,801	13,338
					Trento	ITH20	545 425.0	346 352.0	122 248.0	76 825.0	277,511	240,277	12,801	13,338
			Veneto	ITH3			4 879 133	3 109 692	1 135 667	633 774	2,489,416	2,181,488	105,210	113,863
					Verona	ITH31	924 742.0	591 740.0	206 453.0	126 549.0	471,006	409,594	20,814	22,159
					Vicenza	ITH32	855 297.0	550 053.0	190 607.0	114 637.0	433,317	377,327	19,081	20,838
					Belluno	ITH33	201 309.0	124 246.0	54 130.0	22 933.0	103,438	92,347	3,784	4,166
					Treviso	ITH34	883 522.0	564 844.0	197 885.0	120 793.0	448,664	389,877	20,096	22,108
					Venezia	ITH35	848 829.0	534 433.0	211 489.0	102 907.0	436,427	386,756	16,947	18,533
					Padova	ITH36	933 700.0	599 141.0	213 763.0	120 796.0	477,719	418,957	20,250	21,580
					Rovigo	ITH37	231 734.0	145 235.0	61 340.0	25 159.0	118,845	106,630	4,238	4,479
			Friuli Venezia Giulia	ITH4			1 206 216	743 537	319 905	142 774	619,497	550,079	23,662	25,845
					Pordenone	ITH41	310 502.0	194 328.0	75 297.0	40 877.0	157,853	138,139	6,762	7,279
					Udine	ITH42	526 474.0	325 033.0	140 809.0	60 632.0	271,112	241,390	10,178	11,194
					Gorizia	ITH43	137 795.0	84 635.0	36 994.0	16 166.0	70,136	62,320	2,570	2,874
					Trieste	ITH44	231 445.0	139 541.0	66 805.0	25 099.0	120,396	108,230	4,152	4,498
			Emilia Romagna	ITH5			4 464 119	2 809 030	1 079 476	575 613	2,290,338	2,011,143	95,912	101,070
					Piacenza	ITH51	286 433.0	178 712.0	71 819.0	35 902.0	146,008	128,564	5,946	6,245
					Parma	ITH52	454 873.0	288 958.0	106 141.0	59 774.0	232,326	203,465	9,875	10,174
					Reggio Emilia	ITH53	529 609.0	338 990.0	116 024.0	74 595.0	268,873	232,671	12,494	13,221
					Modena	ITH54	707 119.0	447 908.0	163 105.0	96 106.0	360,433	313,782	16,085	16,824
					Bologna	ITH55	1 021 501.0	642 182.0	250 386.0	128 933.0	528,316	465,651	21,359	22,309
					Ferrara	ITH56	344 510.0	210 001.0	97 348.0	37 161.0	178,598	160,432	6,312	6,676
					Ravenna	ITH57	387 970.0	240 467.0	99 304.0	48 199.0	199,209	175,983	7,948	8,669
					Forlì-Cesena	ITH58	395 306.0	247 172.0	97 017.0	51 117.0	202,646	177,942	8,534	9,054
					Rimini	ITH59	336 798.0	214 640.0	78 332.0	43 826.0	173,929	152,653	7,359	7,898
	Centro	ITI					11 831 092	7 499 138	2 834 141	1 497 813	6,112,008	5,384,672	251,154	266,166
			Toscana	ITI1			3 692 555	2 292 476	950 428	449 651	1,908,237	1,689,943	75,099	80,464
					Massa-Carrara	ITI11	191 685.0	118 501.0	52 299.0	20 885.0	98,933	88,805	3,596	3,786
					Lucca	ITI12	382 543.0	238 241.0	99 225.0	45 077.0	197,652	175,661	7,599	8,215
					Pistoia	ITI13	291 697.0	181 363.0	74 371.0	35 963.0	150,809	133,459	5,988	6,385
					Firenze	ITI14	995 517.0	617 350.0	255 182.0	122 985.0	518,066	458,481	20,360	21,900
					Prato	ITI15	257 073.0	163 533.0	57 978.0	35 562.0	131,771	114,695	5,781	6,411
					Livorno	ITI16	331 877.0	203 135.0	90 309.0	38 433.0	171,874	153,072	6,447	6,994
					Pisa	ITI17	418 122.0	262 094.0	102 940.0	53 088.0	214,511	188,612	9,078	9,284
					Arezzo	ITI18	339 172.0	211 143.0	87 064.0	40 965.0	173,745	153,862	6,796	7,354
					Siena	ITI19	265 179.0	163 021.0	69 707.0	32 451.0	137,483	121,546	5,523	5,703
					Grosseto	ITI1A	219 690.0	134 095.0	61 353.0	24 242.0	113,393	101,750	3,931	4,432
			Umbria	ITI2			870 165	537 784	225 810	106 571	450,271	398,367	17,947	19,314
					Perugia	ITI21	646 710.0	401 570.0	163 751.0	81 389.0	334,073	294,440	13,709	14,703
					Terni	ITI22	223 455.0	136 214.0	62 059.0	25 182.0	116,198	103,927	4,238	4,611
			Marche	ITI3			1 512 672	944 082	381 026	187 564	776,981	686,004	31,319	33,606
					Pesaro e Urbino	ITI31	356 497.0	223 902.0	87 211.0	45 384.0	182,245	160,289	7,590	8,154
					Ancona	ITI32	467 451.0	290 544.0	118 226.0	58 681.0	240,984	212,609	9,832	10,647
					Macerata	ITI33	310 815.0	192 685.0	79 352.0	38 778.0	159,753	140,761	6,449	6,918
					Ascoli Piceno	ITI34	206 172.0	129 295.0	52 773.0	24 104.0	106,174	94,418	4,061	4,267
					Fermo	ITI35	171 737.0	107 656.0	43 464.0	20 617.0	87,825	77,927	3,387	3,620
			Lazio	ITI4			5 755 700	3 724 796	1 276 877	754 027	2,976,519	2,610,358	126,789	132,782
					Viterbo	ITI41	309 795.0	197 670.0	75 426.0	36 699.0	157,826	139,984	6,084	6,623
					Rieti	ITI42	152 497.0	95 888.0	39 645.0	16 964.0	77,007	68,884	2,809	3,002
					Roma	ITI43	4 253 314.0	2 758 941.0	928 294.0	566 079.0	2,214,438	1,939,767	95,240	99,898
					Latina	ITI44	562 592.0	366 250.0	120 982.0	75 360.0	284,529	247,776	12,747	13,065
					Frosinone	ITI45	477 502.0	306 047.0	112 530.0	58 925.0	242,719	213,947	9,909	10,194
	Sud	ITF					13 707 269	8 949 501	2 931 526	1 826 242	7,019,543	6,132,852	296,214	327,557
			Abruzzo	ITF1			1 293 941	821 350	314 288	158 303	662,198	585,283	26,329	27,893
					L'Aquila	ITF11	294 838.0	187 318.0	72 805.0	34 715.0	149,079	132,265	5,862	5,901
					Teramo	ITF12	303 900.0	195 224.0	71 352.0	37 324.0	155,195	136,999	6,204	6,633
					Pescara	ITF13	316 363.0	200 814.0	75 038.0	40 511.0	163,749	144,100	6,715	7,208
					Chieti	ITF14	378 840.0	237 994.0	95 093.0	45 753.0	194,175	171,919	7,548	8,151
			Molise	ITF2			300 516	191 058	75 887	33 571	152,563	136,388	5,456	5,888
					Isernia	ITF21	83 154.0	52 545.0	21 369.0	9 240.0	41,969	37,486	1,497	1,578
					Campobasso	ITF22	217 362.0	138 513.0	54 518.0	24 331.0	110,594	98,902	3,959	4,310
			Campania	ITF3			5 712 143	3 798 435	1 099 634	814 074	2,927,527	2,532,008	130,738	146,961
					Caserta	ITF31	913 666.0	615 818.0	163 682.0	134 166.0	466,144	400,794	21,631	24,197
					Benevento	ITF32	272 318.0	176 636.0	62 871.0	32 811.0	138,911	122,926	5,188	5,916
					Napoli	ITF33	3 034 410.0	2 025 267.0	554 154.0	454 989.0	1,561,537	1,340,675	72,866	82,504
					Avellino	ITF34	410 369.0	269 201.0	91 794.0	49 374.0	208,915	184,796	7,933	8,973
					Salerno	ITF35	1 081 380.0	711 513.0	227 133.0	142 734.0	552,020	482,817	23,120	25,371
			Puglia	ITF4			3 953 305	2 553 640	891 842	507 823	2,029,773	1,783,361	83,223	91,841
					Taranto	ITF43	563 995.0	360 549.0	131 099.0	72 347.0	290,476	255,211	12,048	13,265
					Brindisi	ITF44	385 235.0	248 124.0	89 937.0	47 174.0	198,969	176,045	7,792	8,564
					Lecce	ITF45	782 165.0	496 119.0	191 628.0	94 418.0	406,640	360,941	15,435	17,155
					Foggia	ITF46	606 904.0	393 045.0	132 409.0	81 450.0	308,977	269,460	13,165	14,929
					Bari	ITF47	1 230 205.0	800 219.0	270 486.0	159 500.0	630,066	552,678	26,220	28,185
					Barletta-Andria Trani	ITF48	384 801.0	255 584.0	76 283.0	52 934.0	194,645	169,026	8,563	9,743
			Basilicata	ITF5			553 254	358 505	130 001	64 748	281,104	249,851	10,356	11,645
					Potenza	ITF51	358 401.0	232 284.0	85 084.0	41 033.0	182,159	162,428	6,446	7,448
					Matera	ITF52	194 853.0	126 221.0	44 917.0	23 715.0	98,945	87,423	3,910	4,197
			Calabria	ITF6			1 894 110	1 226 513	419 874	247 723	966,378	845,961	40,112	43,329
					Cosenza	ITF61	690 503.0	448 169.0	156 195.0	86 139.0	352,387	310,300	14,002	15,009
					Crotone	ITF62	168 581.0	109 919.0	34 425.0	24 237.0	84,552	72,823	3,900	4,255
					Catanzaro	ITF63	349 344.0	226 414.0	78 383.0	44 547.0	179,085	157,437	7,290	7,638
					Vibo Valentia	ITF64	154 715.0	99 999.0	34 551.0	20 165.0	78,121	68,296	3,204	3,722
					Reggio Calabria	ITF65	530 967.0	342 012.0	116 320.0	72 635.0	272,233	237,105	11,716	12,705
	Isole	ITG					6 486 911	4 197 244	1 450 023	839 644	3,324,273	2,916,469	137,436	149,302
			Sicilia	ITG1			4 875 290	3 156 690	1 056 210	662 390	2,504,348	2,182,151	107,880	117,096
					Trapani	ITG11	421 256.0	270 069.0	97 744.0	53 443.0	214,461	188,216	8,703	9,762
					Palermo	ITG12	1 222 988.0	789 818.0	259 276.0	173 894.0	631,663	546,896	28,344	30,633
					Messina	ITG13	613 887.0	393 873.0	144 829.0	75 185.0	317,536	280,904	12,460	13,348
					Agrigento	ITG14	423 488.0	273 219.0	95 117.0	55 152.0	217,488	190,725	8,886	10,109
					Caltanissetta	ITG15	255 931.0	166 633.0	55 014.0	34 284.0	132,048	115,413	5,574	6,281
					Enna	ITG16	160 161.0	102 755.0	37 709.0	19 697.0	82,641	73,064	3,143	3,642
					Catania	ITG17	1 072 634.0	701 335.0	216 806.0	154 493.0	551,884	476,773	25,127	26,641
					Ragusa	ITG18	315 601.0	206 388.0	64 796.0	44 417.0	159,087	137,528	7,171	7,681
					Siracusa	ITG19	389 344.0	252 600.0	84 919.0	51 825.0	197,540	172,632	8,472	8,999
			Sardegna	ITG2			1 611 621	1 040 554	393 813	177 254	819,925	734,318	29,556	32,206
					Sassari	ITG25	325 288.0	210 224.0	79 188.0	35 876.0	165,933	148,508	5,899	6,617
					Nuoro	ITG26	150 913.0	95 868.0	37 895.0	17 150.0	76,618	68,393	2,816	3,112
					Cagliari	ITG27	548 917.0	359 377.0	128 443.0	61 097.0	280,685	251,225	10,296	11,008
					Oristano	ITG28	155 764.0	97 968.0	42 341.0	15 455.0	79,020	71,589	2,563	2,783
					Olbia-Tempio	ITG29	159 119.0	105 204.0	34 078.0	19 837.0	79,832	70,251	3,314	3,557
					Ogliastra	ITG2A	55 535.0	35 284.0	13 673.0	6 578.0	28,083	24,936	1,101	1,136
					Medio Campidano	ITG2B	94 988.0	60 218.0	24 941.0	9 829.0	47,877	43,110	1,629	1,853
					Carbonia-Iglesias	ITG2C	121 097.0	76 411.0	33 254.0	11 432.0	61,877	56,306	1,938	2,140

Area / Region / Province	Female population,From 15 to 19 years [Y15-19]	Female population,From 20 to 24 years [Y20-24]	Female population,From 25 to 29 years [Y25-29]	Female population,From 30 to 34 years [Y30-34]	Female population,From 35 to 39 years [Y35-39]	Female population,From 40 to 44 years [Y40-44]	Female population,From 45 to 49 years [Y45-49]	Female population,From 50 to 54 years [Y50-54]	Female population,From 55 to 59 years [Y55-59]	Female population,From 60 to 64 years [Y60-64]	Female population,From 65 to 69 years [Y65-69]	Female population,From 70 to 74 years [Y70-74]	Female population,From 75 to 79 years [Y75-79]	Female population,From 80 to 84 years [Y80-84]	Female population,85 years or over [Y_GE85]
Italy	1,385,591	1,406,868	1,523,050	1,623,692	1,779,210	2,098,266	2,392,965	2,472,560	2,324,483	2,018,428	1,818,274	1,769,054	1,462,780	1,300,749	1,463,755
Nord ovest	355,053	355,531	384,500	418,247	463,640	553,343	643,251	668,787	616,986	531,899	488,189	487,082	421,459	380,180	425,819
Piemonte	92,698	93,714	100,435	107,779	119,838	145,580	171,864	180,245	169,374	149,462	139,466	138,288	119,697	109,699	122,691
Torino	48,356	48,035	52,074	57,193	63,431	76,992	91,115	93,500	86,848	77,219	71,684	72,410	62,575	56,465	59,879
Vercelli	3,388	3,598	3,766	4,076	4,481	5,416	6,321	6,969	6,990	6,195	5,699	5,609	4,755	4,795	5,663
Biella	3,627	3,635	3,753	3,669	4,297	5,588	6,879	7,466	7,066	6,302	6,371	6,067	5,434	5,053	6,189
Verbano-Cusio-Ossola	3,229	3,386	3,452	3,451	3,878	5,072	6,337	6,971	6,472	5,619	5,384	5,182	4,668	4,217	4,742
Novara	7,876	8,037	8,656	9,283	10,617	12,799	14,527	15,298	14,578	12,488	11,349	10,959	9,230	8,684	10,012
Cuneo	13,338	14,015	14,801	15,263	16,560	19,002	22,407	23,489	22,106	19,207	17,959	17,035	14,884	13,516	15,719
Asti	4,595	4,643	4,751	5,127	5,686	6,991	8,131	8,716	8,305	7,396	6,911	6,922	5,587	5,460	6,606
Alessandria	8,289	8,365	9,182	9,717	10,888	13,720	16,147	17,836	17,009	15,036	14,109	14,104	12,564	11,509	13,881
Valle d'Aosta	2,847	2,812	2,914	3,115	3,411	4,220	5,139	5,469	4,972	4,316	3,894	3,731	3,174	2,835	3,278
Aosta	2,847	2,812	2,914	3,115	3,411	4,220	5,139	5,469	4,972	4,316	3,894	3,731	3,174	2,835	3,278
Liguria	30,913	31,365	33,706	35,143	37,446	47,457	60,237	65,941	63,373	55,218	50,731	53,874	48,661	45,187	54,040
Imperia	4,165	4,566	4,876	5,002	5,184	6,449	7,966	8,889	8,704	7,688	7,014	7,382	6,450	6,036	6,834
Savona	5,546	5,460	5,728	5,813	6,372	8,432	10,805	12,191	11,192	9,828	9,051	9,786	9,102	8,297	9,659
Genova	16,812	16,919	18,370	18,970	20,253	25,595	32,888	35,234	34,511	30,207	27,812	29,401	26,397	24,920	30,075
La Spezia	4,390	4,420	4,732	5,358	5,637	6,981	8,578	9,627	8,966	7,495	6,854	7,305	6,712	5,934	7,472
Lombardia	228,595	227,640	247,445	272,210	302,945	356,086	406,011	417,132	379,267	322,903	294,098	291,189	249,927	222,459	245,810
Varese	20,013	19,911	21,415	23,054	25,745	31,292	35,490	37,213	33,592	28,953	27,025	27,136	22,967	20,568	22,443
Como	13,556	13,679	14,536	15,636	17,681	21,272	24,052	25,082	22,883	19,417	18,104	17,560	14,407	13,011	14,738
Lecco	8,030	7,849	7,916	8,241	9,172	11,344	13,088	13,900	12,634	11,144	10,429	10,010	8,420	7,529	8,414
Sondrio	4,193	4,424	4,367	4,507	4,961	5,898	6,918	7,492	7,358	6,348	5,743	5,244	4,395	3,994	4,788
Bergamo	27,664	27,079	27,577	29,690	33,162	39,216	43,554	45,196	41,788	35,274	31,968	30,036	25,307	21,382	23,252
Brescia	29,955	29,888	31,471	33,739	38,441	44,996	49,963	51,049	46,982	39,493	35,827	34,577	29,622	25,542	28,881
Pavia	11,090	11,509	12,708	14,011	15,557	18,824	21,853	22,592	21,253	18,410	16,790	16,210	13,927	13,173	16,259
Lodi	5,256	5,199	5,639	6,204	6,951	8,282	9,155	9,621	8,382	7,343	6,554	6,358	5,313	4,778	4,967
Cremona	7,629	7,971	8,597	9,213	10,149	12,338	13,633	14,385	13,587	12,045	10,945	10,746	9,111	8,520	9,960
Mantova	8,742	8,824	9,471	10,431	12,037	14,634	16,456	16,288	15,254	13,446	12,350	12,226	10,284	9,377	11,345
Milano	72,207	71,618	83,091	94,425	103,039	116,736	135,625	137,377	122,583	102,752	92,591	96,074	84,828	75,698	81,206
Monza e Brianza	20,260	19,689	20,657	23,059	26,050	31,254	36,224	36,937	32,971	28,278	25,772	25,012	21,346	18,887	19,557
Nord est	262,065	262,604	280,831	302,843	335,142	406,850	474,724	485,832	453,884	389,353	349,299	342,573	299,264	260,343	306,159
Provincia autonoma di Bolzano	14,001	14,649	14,892	14,810	16,209	17,365	20,633	21,662	19,660	15,810	13,393	12,751	12,440	9,470	11,034
Bolzano	14,001	14,649	14,892	14,810	16,209	17,365	20,633	21,662	19,660	15,810	13,393	12,751	12,440	9,470	11,034
Provincia autonoma di Trento	13,536	13,792	14,177	14,804	15,471	18,377	20,941	22,117	20,931	17,945	16,029	14,651	13,046	10,714	13,746
Trento	13,536	13,792	14,177	14,804	15,471	18,377	20,941	22,117	20,931	17,945	16,029	14,651	13,046	10,714	13,746
Veneto	112,756	113,621	118,577	126,189	138,997	169,659	198,836	207,147	193,289	163,908	146,064	141,543	124,231	105,635	121,036
Verona	21,581	21,837	23,657	25,777	28,126	33,135	37,069	38,072	34,536	29,581	26,028	25,879	22,338	19,401	22,577
Vicenza	21,258	21,365	21,535	22,107	24,083	29,395	34,493	36,171	33,149	26,914	24,293	23,921	21,307	17,645	19,691
Belluno	4,442	4,441	4,606	4,648	5,128	6,343	8,135	8,585	8,194	7,326	7,057	6,776	5,817	4,912	5,937
Treviso	21,475	21,120	21,453	22,668	25,135	30,751	36,374	37,444	34,040	28,928	25,726	24,457	21,371	17,934	21,001
Venezia	18,530	18,804	19,547	20,770	22,779	28,882	35,092	36,888	35,646	30,315	26,806	26,677	23,838	20,091	22,091
Padova	21,057	21,402	22,754	24,639	27,349	33,055	38,494	40,345	37,791	31,643	27,950	26,457	23,323	20,029	22,669
Rovigo	4,413	4,652	5,025	5,580	6,397	8,098	9,179	9,642	9,933	9,201	8,204	7,376	6,237	5,623	7,070
Friuli Venezia Giulia	25,584	25,237	26,917	29,292	32,234	39,744	49,088	50,589	47,852	41,507	39,593	40,097	36,264	30,478	35,603
Pordenone	7,001	6,808	7,174	7,892	9,017	10,728	12,660	12,768	11,805	10,176	9,717	9,182	8,239	6,823	8,149
Udine	11,196	10,971	11,465	12,687	14,194	17,473	21,494	22,302	21,472	18,627	17,669	17,951	15,847	13,049	14,993
Gorizia	2,850	2,850	3,035	3,171	3,362	4,287	5,622	5,857	5,405	4,512	4,381	4,643	4,253	3,678	4,414
Trieste	4,537	4,608	5,243	5,542	5,661	7,256	9,312	9,662	9,170	8,192	7,826	8,321	7,925	6,928	8,047
Emilia Romagna	96,188	95,305	106,268	117,748	132,231	161,705	185,226	184,317	172,152	150,183	134,220	133,531	113,283	104,046	124,740
Piacenza	6,041	6,170	7,003	7,443	7,884	9,537	11,449	11,703	11,041	9,713	8,379	8,597	7,726	7,099	8,779
Parma	9,477	9,852	11,566	13,037	14,071	16,483	18,583	18,821	16,998	14,577	12,972	12,881	11,347	10,387	12,413
Reggio Emilia	12,410	12,212	12,982	13,930	16,149	19,989	22,047	21,536	19,584	16,760	15,120	14,594	11,911	10,682	12,765
Modena	15,974	15,647	17,212	18,861	20,935	25,586	29,221	28,452	26,856	23,282	20,944	20,497	16,882	15,203	18,230
Bologna	21,348	21,207	24,749	28,377	31,474	37,147	42,602	42,695	39,319	34,211	30,409	30,944	26,695	24,574	29,900
Ferrara	6,532	6,429	7,110	7,749	8,963	11,825	14,137	14,490	14,373	13,316	12,277	12,234	10,309	9,580	11,108
Ravenna	8,202	7,946	8,557	9,365	10,762	13,891	16,293	16,283	15,314	13,339	11,843	12,013	10,097	9,888	12,190
Forlì-Cesena	8,612	8,452	9,092	10,148	11,548	14,485	16,402	16,228	15,224	13,535	12,091	11,775	10,198	9,347	10,805
Rimini	7,592	7,390	7,997	8,838	10,445	12,762	14,492	14,109	13,443	11,450	10,185	9,996	8,118	7,286	8,550
Centro	258,959	259,219	283,745	315,666	357,748	430,229	493,039	503,376	470,186	406,342	363,728	360,906	300,611	272,825	308,093
Toscana	78,891	77,853	85,074	94,969	106,239	130,442	151,443	155,169	145,154	127,257	115,520	121,980	100,741	92,146	107,065
Massa-Carrara	3,753	3,907	4,286	4,521	5,214	6,484	7,570	7,947	7,991	7,393	6,328	6,454	5,733	5,084	6,140
Lucca	8,035	8,022	8,665	9,209	10,642	13,442	15,881	16,694	15,688	13,393	12,330	12,580	10,781	9,411	10,888
Pistoia	6,294	6,187	6,561	7,629	8,439	10,626	11,988	12,161	11,585	9,979	8,972	9,497	7,878	7,253	8,410
Firenze	21,944	21,423	23,322	26,398	29,143	34,684	41,497	42,401	38,309	33,523	30,542	32,538	27,280	25,386	30,091
Prato	6,070	5,590	6,102	7,330	8,193	9,665	10,560	10,574	9,614	8,273	7,392	7,481	6,158	5,584	6,109
Livorno	6,858	6,685	6,981	7,806	8,855	11,485	13,823	14,194	13,543	11,802	10,695	12,108	9,894	8,722	9,621
Pisa	8,723	8,802	10,066	11,180	12,456	15,279	17,282	16,788	16,080	13,864	12,729	13,644	11,008	9,858	10,853
Arezzo	7,337	7,235	8,060	8,988	9,773	11,933	13,493	14,183	13,100	11,525	10,743	11,105	8,631	8,182	9,574
Siena	5,503	5,594	6,267	6,796	7,755	9,375	10,437	11,008	10,250	9,194	8,316	8,667	7,014	6,762	8,608
Grosseto	4,374	4,408	4,764	5,112	5,769	7,469	8,912	9,219	8,994	8,311	7,473	7,906	6,364	5,904	6,771
Umbria	18,669	18,520	20,326	22,947	25,645	30,488	34,552	35,602	34,271	30,064	27,799	27,443	23,380	22,026	26,635
Perugia	14,051	13,921	15,345	17,468	19,511	22,893	25,422	26,167	25,355	22,102	20,206	19,784	16,732	16,023	19,460
Terni	4,618	4,599	4,981	5,479	6,134	7,595	9,130	9,435	8,916	7,962	7,593	7,659	6,648	6,003	7,175
Marche	33,068	34,018	36,217	39,051	43,807	53,428	59,313	61,442	58,493	52,880	47,718	45,247	38,614	38,009	44,699
Pesaro e Urbino	8,122	7,876	8,392	9,116	10,315	12,910	14,296	14,702	13,795	11,979	10,774	10,718	8,928	8,303	10,063
Ancona	10,246	10,436	10,879	11,657	13,579	16,780	18,677	19,073	17,883	16,240	14,813	13,978	12,305	11,862	14,201
Macerata	6,713	6,961	7,743	8,222	9,129	10,793	11,732	12,239	11,823	10,765	9,960	9,083	7,899	8,194	9,505
Ascoli Piceno	4,320	4,742	5,021	5,467	5,832	6,996	8,016	8,530	8,305	7,638	6,734	6,381	5,302	5,186	5,948
Fermo	3,667	4,003	4,182	4,589	4,952	5,949	6,592	6,898	6,687	6,258	5,437	5,087	4,180	4,464	4,982
Lazio	128,331	128,828	142,128	158,699	182,057	215,871	247,731	251,163	232,268	196,141	172,691	166,236	137,876	120,644	129,694
Viterbo	6,436	6,740	7,312	8,339	9,600	11,139	12,461	12,880	12,207	11,006	9,962	9,781	7,689	6,892	7,540
Rieti	3,162	3,420	3,751	3,987	4,216	5,142	5,896	6,243	6,121	5,390	5,061	4,764	3,894	3,573	4,264
Roma	95,599	94,110	103,335	116,626	135,906	162,319	188,122	189,834	173,907	144,598	125,308	121,066	103,739	89,743	95,555
Latina	12,905	13,496	14,949	16,117	17,462	20,495	23,064	23,197	21,418	18,241	16,746	16,291	12,112	10,523	10,760
Frosinone	10,229	11,062	12,781	13,630	14,873	16,776	18,188	19,009	18,615	16,906	15,614	14,334	10,442	9,913	11,575
Sud	352,025	365,990	394,281	401,195	424,594	481,334	529,434	553,713	530,017	464,316	412,561	388,157	291,341	259,881	284,013
Abruzzo	27,908	29,528	33,083	35,450	38,791	44,585	50,730	53,532	50,577	45,524	41,636	38,939	30,823	29,173	35,004
L'Aquila	5,917	6,564	7,446	8,173	8,885	9,760	11,050	11,526	11,733	10,727	9,747	8,929	6,879	6,490	8,439
Teramo	6,691	7,040	8,077	8,489	9,204	10,539	12,054	12,884	11,834	10,519	9,385	8,707	7,088	6,757	7,731
Pescara	7,217	7,208	8,116	8,471	9,504	11,112	12,913	13,533	12,446	10,826	9,932	9,420	7,822	7,248	8,332
Chieti	8,083	8,716	9,444	10,317	11,198	13,174	14,713	15,589	14,564	13,452	12,572	11,883	9,034	8,678	10,502
Molise	6,458	7,193	7,900	8,069	8,604	9,820	11,109	12,213	11,749	10,817	9,953	9,108	6,882	7,250	9,263
Isernia	1,614	1,887	2,211	2,349	2,413	2,592	3,011	3,313	3,239	3,007	2,807	2,505	1,855	1,939	2,744
Campobasso	4,844	5,306	5,689	5,720	6,191	7,228	8,098	8,900	8,510	7,810	7,146	6,603	5,027	5,311	6,519
Campania	157,883	163,469	174,680	174,121	182,189	201,710	223,624	230,183	219,658	187,551	162,437	151,463	111,486	94,387	97,167
Caserta	26,031	26,499	28,369	29,012	30,585	33,428	36,077	36,673	34,029	28,272	24,637	22,929	16,885	13,957	13,411
Benevento	6,507	7,182	7,928	7,791	7,998	9,001	10,180	11,195	10,824	9,111	8,110	7,685	6,045	6,036	7,333
Napoli	88,269	90,464	94,956	92,697	97,623	108,235	120,155	121,558	115,407	98,913	85,434	80,437	58,062	45,197	43,268
Avellino	9,909	10,722	11,803	12,058	12,219	14,071	15,573	16,834	16,549	14,088	12,305	11,130	8,618	8,557	10,360
Salerno	27,167	28,602	31,624	32,563	33,764	36,975	41,639	43,923	42,849	37,167	31,951	29,282	21,876	20,640	22,795
Puglia	100,749	103,267	108,667	110,404	119,931	141,744	153,027	160,511	152,057	135,210	122,383	119,763	90,643	79,366	85,639
Taranto	14,227	14,242	15,060	15,577	16,882	20,622	21,658	22,512	21,571	19,858	18,157	17,694	13,558	11,660	11,933
Brindisi	9,311	9,749	10,573	10,982	11,586	13,744	14,854	15,541	15,283	13,536	12,346	12,307	9,554	8,062	8,617
Lecce	18,883	19,139	20,776	20,896	23,665	28,501	30,164	32,194	30,404	27,265	25,747	25,422	19,794	18,043	20,048
Foggia	16,533	16,982	17,256	17,065	17,976	20,571	22,650	23,909	22,689	20,093	17,759	17,587	13,041	12,080	13,269
Bari	30,887	32,136	33,870	34,890	37,987	44,341	48,266	50,634	47,748	42,260	37,632	36,406	27,006	23,127	25,488
Barletta-Andria Trani	10,908	11,019	11,132	10,994	11,835	13,965	15,435	15,721	14,362	12,198	10,742	10,347	7,690	6,394	6,284
Basilicata	13,062	13,702	15,413	15,443	16,205	18,415	20,792	22,397	22,275	19,808	17,649	15,904	11,851	12,608	14,327
Potenza	8,273	8,740	9,936	9,984	10,382	11,702	13,499	14,783	14,740	12,869	11,467	10,290	7,575	8,320	9,868
Matera	4,789	4,962	5,477	5,459	5,823	6,713	7,293	7,614	7,535	6,939	6,182	5,614	4,276	4,288	4,459
Calabria	45,965	48,831	54,538	57,708	58,874	65,060	70,152	74,877	73,701	65,406	58,503	52,980	39,656	37,097	42,613
Cosenza	15,926	16,687	19,324	21,005	21,617	23,936	26,120	27,856	27,467	24,675	21,978	19,589	14,477	13,998	15,645
Crotone	4,558	4,592	5,050	5,100	5,082	5,514	6,071	6,411	6,103	5,407	4,891	4,614	3,389	3,091	2,950
Catanzaro	8,358	9,086	10,103	10,334	10,972	11,930	12,927	13,947	14,101	12,407	11,139	9,808	7,428	6,736	8,161
Vibo Valentia	3,879	4,128	4,547	4,709	4,523	5,130	5,567	6,027	5,964	5,211	4,596	4,222	3,091	3,079	3,623
Reggio Calabria	13,244	14,338	15,514	16,560	16,680	18,550	19,467	20,636	20,066	17,706	15,899	14,747	11,271	10,193	12,234
Isole	157,489	163,524	179,693	185,741	198,086	226,510	252,517	260,852	253,410	226,518	204,497	190,336	150,105	127,520	139,671
Sicilia	124,294	130,013	141,200	143,328	149,966	168,396	186,626	192,653	186,687	166,338	149,325	140,956	107,478	93,592	101,299
Trapani	10,700	11,316	11,569	11,544	12,222	13,987	16,173	16,496	15,998	13,972	12,745	12,718	10,360	8,788	9,628
Palermo	31,735	32,693	35,727	35,869	38,365	43,181	46,668	48,242	46,765	41,380	37,726	35,052	26,536	22,459	24,498
Messina	14,072	14,865	16,973	17,890	18,405	20,838	24,032	25,179	24,830	22,505	19,992	18,631	14,647	12,719	15,326
Agrigento	11,237	11,780	12,210	12,061	12,432	13,990	16,026	17,189	15,962	14,436	12,869	12,490	9,545	8,996	9,502
Caltanissetta	6,996	7,393	7,798	7,323	7,568	8,314	9,660	10,244	10,071	8,865	7,705	7,506	5,655	5,142	5,173
Enna	4,173	4,398	4,659	4,581	4,499	5,223	5,850	6,333	6,337	5,744	5,362	4,813	3,636	3,612	3,844
Catania	27,920	29,110	32,278	33,109	34,206	38,054	41,060	42,045	40,659	36,413	32,141	29,110	21,632	18,779	20,257
Ragusa	7,960	8,547	9,168	9,639	10,088	11,019	11,765	11,917	11,273	9,956	8,894	8,703	6,623	5,944	6,032
Siracusa	9,501	9,911	10,818	11,312	12,181	13,790	15,392	15,008	14,792	13,067	11,891	11,933	8,844	7,153	7,039
Sardegna	33,195	33,511	38,493	42,413	48,120	58,114	65,891	68,199	66,723	60,180	55,172	49,380	42,627	33,928	38,372
Sassari	6,848	7,051	7,925	8,597	9,309	11,606	13,340	13,917	13,535	11,975	10,981	9,995	8,796	7,046	7,587
Nuoro	3,342	3,579	3,847	3,862	4,067	4,879	5,451	6,128	6,155	5,601	5,110	4,550	4,229	3,534	4,059
Cagliari	11,241	10,977	12,898	14,546	17,154	20,708	23,924	24,096	22,896	20,500	18,671	16,721	13,952	10,766	12,175
Oristano	3,105	3,223	3,591	3,899	4,442	5,232	5,877	6,366	6,546	5,913	5,490	4,919	4,668	3,778	4,540
Olbia-Tempio	3,346	3,273	3,799	4,538	5,308	6,410	7,000	6,691	6,277	5,359	4,768	4,348	3,624	2,718	2,792
Ogliastra	1,195	1,221	1,385	1,417	1,552	1,880	2,089	2,244	2,227	2,040	1,805	1,648	1,496	1,263	1,474
Medio Campidano	1,860	1,930	2,238	2,441	2,778	3,240	3,618	3,852	3,832	3,576	3,404	2,929	2,612	2,219	2,581
Carbonia-Iglesias	2,258	2,257	2,810	3,113	3,510	4,159	4,592	4,905	5,255	5,216	4,943	4,270	3,250	2,604	3,164

Area / Region / Province	GPs Source: Italian Ministry of Health 2020	Pediatricians Source: Italian Ministry of Health 2020	Hospital-based OBGYNs Source: Italian Ministry of Health 2020	Hospital-based Cardiologysts Source: Italian Ministry of Health 2020	Hospital-based Pharmacists Source: Italian Ministry of Health 2020	Pharmacies (absolute values) Source: Federfarma 2021	Urban Pharmacies (located in municipalities or inhabited centers with populations exceeding 5,000 inhabitants) Source: Federfarma 2021	Rural Pharmacies (located in municipalities, hamlets or inhabited centers with populations not exceeding 5,000 inhabitants.) Source: Federfarma 2021	Rural Pharmacies Source: Federfarma 2018 - Data referring to rural pharmacies at province level (NUTS 3) are updated to 2018
Italy	41,707	7,285	6,828	7,701	2,278	19,083	12,337	5,832	
Nord ovest						5,227	3,361	1866	
Piemonte	2,946	397	438	503	176	1587	893	694	696
Torino	1,551	209	245	230	115				182
Vercelli	118	14	14	22	5				49
Biella	116	16	14	14	7				49
Verbano-Cusio-Ossola	110	15	12	20	9				45
Novara	230	34	35	72	16				62
Cuneo	380	58	65	63	16				139
Asti	141	14	15	20					56
Alessandria	300	37	38	62	8				115
Valle d'Aosta	82	14	9	13		44	9	35	34
Aosta	82	14	9	13					
Liguria	1,109	161	140	193	59	603	418	185	182
Imperia	134	23	19	24					40
Savona	191	24	18	35	13				54
Genova	621	93	90	134	35				53
La Spezia	163	21	13		11				36
Lombardia	5,984	1,153	1,254	1,329	367	2993	2041	952	934
Varese	905	182	89	99	22				73
Como			59	26	13				93
Lecco			37	38	6				61
Sondrio	176	26	23	16	8				46
Bergamo	627	128	102	128	32				124
Brescia	713	118	193	128	46				158
Pavia	360	58	51	67	37				114
Lodi			14	23	7				43
Cremona			28	51	16				73
Mantova	467	75	39	54	13				84
Milano	2,035	400	511	591	147				66
Monza e Brianza	701	166	108	108	20				
Nord est						3,414	1,976	1438	
Provincia autonoma di Bolzano	292	61	67	2	31	131	66	65	62
Bolzano	292	61	67	2	31				62
Provincia autonoma di Trento	334	71	57	67	21	154	71	83	80
Trento	334	71	57	67	21				
Veneto	3,070	549	394	515	194	1423	851	572	549
Verona	572	114	82	104	49				110
Vicenza	539	99	72	85	26				96
Belluno	133	24	21	30	10				58
Treviso	528	104	62	69	26				92
Venezia	540	84	53	89	32				53
Padova	592	101	83	104	41				84
Rovigo	166	23	21	34	10				57
Friuli Venezia Giulia	790	119	135	146	31	411	216	195	189
Pordenone	193	35	32	31	9				47
Udine	350	49	55	53	14				119
Gorizia			13	15	3				17
Trieste	247	35	35	47	5				7
Emilia Romagna	2,947	612	483	630	172	1295	772	523	520
Piacenza	185	35	21	30	4				49
Parma	284	60	40	60	24				63
Reggio Emilia	328	89	53	62	2				53
Modena	480	99	56	70	56				68
Bologna	670	146	143	168	38				86
Ferrara	247	38	30	39	14				74
Ravenna	753	145	58	95	20				47
Forlì-Cesena			50	62	40				50
Rimini			32	44	24				31
Centro						3,600	2,399	1201	
Toscana	2,644	430	385	532	151	1146	701	445	437
Massa-Carrara			17	19	12				27
Lucca			36	46	9				50
Pistoia			20	25	8				14
Firenze	1,147	194	103	144	40				75
Prato			21	30	7				30
Livorno			31	36	11				34
Pisa	883	134	69	116	29				63
Arezzo	614	102	33	40	12				58
Siena			37	48	14				45
Grosseto			18	28	9				42
Umbria	729	110	86	128	23	268	135	133	129
Perugia	415	65	64	100	17				89
Terni	314	45	22	28	6				41
Marche	1,083	172	122	219	59	511	255	256	252
Pesaro e Urbino			30	45	10				69
Ancona	1,083	172	52	106	34				48
Macerata			8	20	15				52
Ascoli Piceno			17	23					42
Fermo			15	25					42
Lazio	4,350	772	1000	961	248	1675	1308	367	364
Viterbo	225	38	16	8	10				49
Rieti	118	16	10	15					57
Roma	3,211	594	890	820	208				109
Latina	418	68	45	73	12				52
Frosinone	378	56	39	45	18				98
Sud						4,620	3,020	1600	
Abruzzo	1,065	151	129	174	50	504	221	283	283
L'Aquila	249	33	35	44					92
Teramo	252	37	25	37	10				53
Pescara	262	36	26	39	18				39
Chieti	302	45	43	54	22				99
Molise	247	36	26	41	7	163	48	115	115
Isernia			6	8	5				40
Campobasso	247	36	20	33	2				76
Campania	3,732	739	742	686	170	1680	1221	459	455
Caserta	578	116	119	71	21				86
Benevento	190	28	34	23	13				69
Napoli	1,949	426	412	397	89				26
Avellino	287	44	65	32	14				108
Salerno	728	125	112	163	33				167
Puglia	3,247	555	401	535	148	1256	1104	152	148
Taranto	458	79	42	81	20				8
Brindisi	326	55	26	28	17				4
Lecce	627	105	65	109	27				79
Foggia	511	86	68	86	21				45
Bari	1,023	176	169	188	47				13
Barletta-Andria Trani	302	54	31	43	16				
Basilicata	466	59	62	3	27	223	104	119	118
Potenza	302	36	40	3	18				100
Matera	164	23	22		9				19
Calabria	1,494	254	115	134	69	794	322	472	471
Cosenza	553	84	45	28	30				167
Crotone	128	22		2	10				27
Catanzaro	275	50	36	62	17				89
Vibo Valentia	123	23	9	12	5				57
Reggio Calabria	415	75	25	30	7				132
Isole						2222	1,581	641	
Sicilia	3,928	693	577	694	199	1601	1284	317	314
Trapani	358	50	38	52	24				25
Palermo	924	192	169	176	41				62
Messina	495	87	82	124	37				132
Agrigento	348	58	33	37	19				29
Caltanissetta	218	33	3	6					9
Enna	141	23	15	12	12				11
Catania	880	149	181	195	43				27
Ragusa	250	41	26	33	12				8
Siracusa	314	60	30	59	11				12
Sardegna	1,168	177	206	196	76	621	297	324	317
Sassari	1,168	177	57	59	25				86
Nuoro			22	26	9				71
Cagliari			96	70	32				92
Oristano			18		5				69
Olbia-Tempio									
Ogliastra									
Medio Campidano									
Carbonia-Iglesias			13	24	5				

venerdì 15 ottobre

corriereadriatico.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 Ciccioli, 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 Ciccioli. «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 Ciccioli - 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 seguite 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

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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, oltrea 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 dissestata 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 Lorica 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.

gazzettadelsu
d.it

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. S ono 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 sguarniti. 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 Lorica e di Casali del Manco. Un risultato importante

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

lanazione.
it

Valtiberina intento adesso a recuperare la propria struttura operativa.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

lanazione.
it

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 chei 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

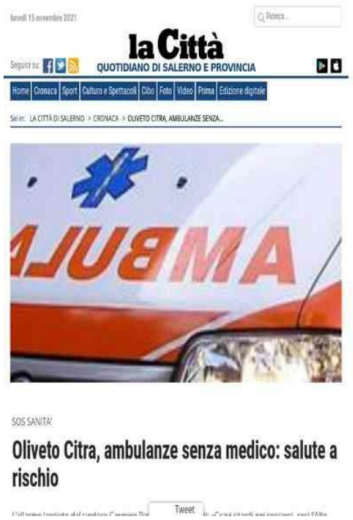
Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 t iene 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 Verì 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, oltrea 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 dissestata 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.

lanazione.
it

Valtiberina intento adesso a recuperare la propria struttura operativa.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 chei 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

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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

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 Ciccioli, 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 Ciccioli. «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 Ciccioli - 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 seguite 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

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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...

Panorama
Sanità

(la recente direttiva aziendale che ricolloca l' assistenza ai turisti in capo ai medici di assistenza primaria oltreché della continuità assistenziale, è emblematica.E' facilmente comprensibile che questo modello di riduzione del personale medico, costretto ad aumentare i propri carichi di lavoro, non potrà che determinare:a) una ulterioredisaffezione verso questa branca dell' assistenza medica;b) un peggioramento del livello assistenziale.Se si continua in una politica di tagli o controproducenti psuedo-ottimizzazioni, si andrà incontro:- alla scomparsa dialcune 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 viziosoche sta allontanando i medici e riducendo i servizi della medicina territoriale.CONCLUSIONIl risultati di questepolitiche sono sotto gli occhi di tutti: i medici sono stanchi, demotivati, frustrati. Non vedono soluzioni e nonvengono 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 dellacontrazione, nel sostegno della professione medica e non della sua mortificazione, nella tutela dei servizi per i cittadini e non nella loro riduzione.È ora di cambiare rotta Francesca Muti, segretaria regionale FISMU Toscana (Affiliata CISL Medici) Marco Bruni, dirigente Regionale Fismu (responsabile comitato Azienda Toscana Sud-Est)

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 ambìto 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 alcun 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 CRITICITÀA) 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

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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».

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

Centro
Pagina

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.

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 Càroli Sulla questione risponde il direttore dell' Unità operativa Pronto soccorso dottor Mario Càroli, 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 pomeriggioper impiegarlo in altra fascia oraria che altrimenti

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 sonosicuramente alcune fragilità, colrafforzamento 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».

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

La Prealpina
Riforme
Istituzionali

Mancano medici di baseLa Regione cerca rimedi

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

Mancano medici di base
La Regione cerca rimedi
Fontana: attenzione al territorio. L'Insubria: percorsi veloci
Una notte bianca dentro i rifugi antiaerei

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 del 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 dellasituazione 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 lombardaavesse necessità di assumere

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 labattaglia contro il Covid. "Si evidenzia che nelle ultime 3 settimane di luglio sono aumentati gli interventi di elezionepresso 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 chirurghi che operano a Sarzana, in accordo con la direzione sanitaria e con il direttore di dipartimentopossono 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 presidentedell' ordine Barbagallo, che ringrazio. Dopo opportuna formazione verranno assunti per coprire le carenze". ChiaraTenca.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

lanazione.
it

"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 LeAli 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

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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.

mercoledì 09 febbraio
2022

Corriere Adriatico (ed. Fermo)

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

San Benedetto

Medicina d'urgenza in crisi

«Nuovo ospedale Sulla collocazione non esistono le alternative»

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

LA SANITÀ

L'incarico

Bruni riconfermato alla presidenza Anpi

Dragaggio del porto fino a 5 metri di profondità

IL PROGETTO

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 Ortogeriatria (l' Ortogeriatria 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

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

ma siamo schiacciati da qualcosa che è diventato burocratese. L' unica soluzione è incrementare l' organico».«Lasituazione ormai non è più sostenibile - aggiunge Bruno Di Daniel, medico di famiglia a Maserada, segretario delloSnami 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 illumicino. «Ci stiamo adoperando quotidianamente alla ricerca di medici e di nuove soluzioni per contenere la gravecarenza - 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 ealle 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 ledifficoltà - 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 moltimedici che prima prestavano servizio, con la relativa incompatibilità dell' incarico presso l' Usl, stanno rendendodifficile il reperimento di nuove risorse, anche tra i neolaureati appena iscritti agli Ordini dei medici». ©RIPRODUZIONE RISERVATA © RIPRODUZIONE RISERVATA.

ilgazzettino.
it

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

TREVISO Sono quasi 100mila i trevigian i 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 Snami 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. «E' 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,

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 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".

Molise

anosanità.it

e mancano gli Anestesisti, l'Asrem ci riprova

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 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 creatasi 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.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

quotidianodelsud.it

Cittadinanzattiva

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 rapportare 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.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

La Sicilia (ed. Sicilia Centrale)Tribunale del Malato

sciacca

Ospedale, mancano medici nel reparto di Ortopedia

Agrigento Provincia

Tre cerimonie per ricordare le figure di Antonino Saetta e del figlio Stefano

CAMPIONATO DI ECCELLENZA

Il Canicattì Calcio costretto ad emigrare a Campofranco

NICOSIA

Chiedono dei compensi extra Tribunale dà torto a 3 comunali

SCIACCA

Ospedale, mancano medici nel reparto di Ortopedia

ENNA

Assunzione interinale Asu la Cgil sul piede di guerra

sciacca. 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.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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.

domenica 13 febbraio
2022

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 -, auspico 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 endoscopiciprenotati da tempo.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

venerdì 01 ottobre
2021

Il Messaggero (ed.
Viterbo)Tribunale del
Malato

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

...

Tivoli Guidonia Monterotondo

Parco di Veio, ecco gli archeo tesori

Subiaco e Monterotondo, pronto soccorso in bilico

Guidonia, il premio De André 2021 all'attore vagabondo di Montecello

Lanuvio, domani il libro "Il crimine del secolo"

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' emergenzaurgenza: 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.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

venerdì 12 novembre
2021

Il Mattino (ed. Circondario Sud)

Tribunale del Malato

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

Napoli Area Sud

Torre del Greco

Scuola digitale il Pantaleo inserito nella rete nazionale

Asili nido, allarme dell'opposizione: rispettare i tempi o perdiamo i fondi

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

Gay aggrediti domani sit-in delle comunità Lgbt

«Quisilegge», rassegna da domenica a febbraio

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, mobiliteremo 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.

ilgiornaledivicenz
a.it

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

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 Bertoletti - è difficile così eliminare le liste d' attesa. Anche la medicina territoriale soffre la carenza dei medici di famiglia». ©RIPRODUZIONE RISERVATA.

laprovinciadicom
o.it

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: «Carenzacronica di professionisti, i posti nelle scuole di specializzazione per l' urgenza restano vuoti»

Como I 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 Bertoletti , 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

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 neireparti 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 diLecco. ©RIPRODUZIONE RISERVATA.

"Covid Hotel": 17 strutture che hanno ospitato cittadini

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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

34 LiberoMilano CRONACA

Slitta ancora il vertice dei leader

Candidato del centrodestra Farinet chiede altro tempo

Aumentano i quartieri scoperti

Senza medico di base 250mila lombardi

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 batta 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 mutuati, 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, smetterannodi 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 faccia 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

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

Centro Pagina

Tribunale del Malato

Emergenza caldo al Carlo Urbani, il Tribunale del Malato: "Quasi cento accessi al giorno. Eal 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 unaventina».

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

lunedì 20 settembre
2021

La Sicilia (ed. Siracusa)

Cittadinanzattiva

l' intervento

Carenza di rianimatori rinviare il Punto nascita

Vittorio Padua

IV LA SICILIA Lunedì 20 Settembre 2021

Siracusa

L'INTERVENTO

Carenza di rianimatori rinviare il Punto nascita

LA LETTERA

Il caso di Vittorio Ribaudo lo Stato dia una mano ad un artista di valore

CHIARITI

Magistero di etica civile le Prefetture alimentano il senso dello Stato

Mi rivolgo all' assessore regionale alla Salute, Razza affinché possa valutarein 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 comeprevisto dalla rifunzionalizzazione 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 dirisorse anestesiologiche.

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.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 OLONA

Prima Messa del nuovo parroco: «San Vittore è una bella realtà»

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

Sugar Blue incanta tutti con la sua armonica

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 esemplicativo 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».

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 managementaziendale 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.

sabato 07 agosto
2021

Quotidiano di Puglia (ed. Taranto)

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

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

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,

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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. -

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

lastampa.it

Cittadinanzatti

Nell' Astigiano secondo l' Asl non tutti i medici arrivano a 1500 assistiti, ma l' estensione a1800 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, 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». 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. 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

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

Quotidiano Sanità

Salute e Sanità

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 sottopressione 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 sottopressione 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".

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

Il Mattino (ed. Caserta)

Cittadinanzattiva

«In ospedale mancano ginecologi e ostetrici»

Lo scontro politico

La minoranza insorge: «Commissioni di controllo non ancora operative»

«In ospedale mancano ginecologi e ostetrici»

Un caseificio nella casa confiscata alla camorra

Rubati i semafori: chiuso di nuovo il ponte Maiano

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»

Siracusa Provincia

Pressione sui Caminanti

Nota. Blitz dei carabinieri: recuperate tre pistole, coltelli, due
rubate e una macchina fotografica probabilmente frutto di un furto

Troppo pericolosa chiusa la strada provinciale 26 Pachino-Rosolini

Noto, atti persecutori e minacce contro la ex Questore notifica ammonizione a 33enne geloso

CittadinanzAttiva: «No all'attivazione punto nascita»

Covid-19, molti locali annullano le serate di Capodanno

"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.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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

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

Elisabetta Pioltelli

ALBIATE-TRIUGGIO

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

Potature degli alberi Sosta vietata in piazza

Polisportiva, Marina Riva riconfermata presidente Iscrizioni aperte e prove

Insulti e minacce di morte alla madre invalida, 38enne recidivo arrestato

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.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

iltirreno.it

Salute e Sanità

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

Martina Trivigno

LUCCA. 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. 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 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. 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.

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

Agrigento Provincia

«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

Il Licata chiude la stagione con una sonora sconfitta casalinga

Dipendenti comunali, dal prossimo 5 luglio rimodulato orario di lavoro nel periodo estivo

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.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

ilmessaggero.it

Tribunale del Malato

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

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 medicotramiteemailacambiomediconicita@ausl.latina.it; cambiomedicodermo@ausl.latina.it;cambiomedicobruno@ausl.latina.it. 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 Poliseno. 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.

venerdì 04 febbraio
2022

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

Covid, altri tre in pronto soccorso

Colonia felina all'ex asilo di Mazzangrugno: ipotesi vicina al tramonto

Bullismo, la scuola si tinge di blu «Importante la sensibilizzazione»

Rinnovi delle carte di identità: «Ora tempi sono molto più ridotti»

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' erano 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 repaerto 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.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

Il Giornale
Salute e
Sanità

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

2 | MILANO CRONACA

IL SUO NOME ANCHE TRA I PAPABILI SINDACO

Già sulle orme del papà Regina è la prima donna presidente Assimpredil

De Albertis prosegue alla Berio Mangiarotti la tradizione ed è numero uno Giovani Ance

70

110%

IL NUOVO DISTRETTO

Ingorgo tra Sala e Milan per San Siro Avanti con il progetto dello stadio

Medici di base, un piano per la formazione

L'approvazione permetterà agli specializzandi di sostituire nelle pratiche

Edilizia, presti 35 milioni per le scuole

Oltre 5 milioni per sistemare tutti i Navigli

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 Lombarda 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.

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

Sanità: sindaco, carenza medici a ospedale della Gruccia

TRENTINO

Sei in: Salute e Benessere » Sanità: sindaco, carenza medici a... »

Sanità: sindaco, carenza medici a ospedale della Gruccia

26 agosto 2021

(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).

ilmattino.it

Salute e Sanità

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...

Riproduzione autorizzata licenza Ars Promopress 2013-2022 - powered by

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 soccorsoper varie patologie non Covid e che, purtroppo per loro, vi restano anche per cinque giorni peraltro su letti/barella non certo confortevoli»...

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)	/	giornaletrentino.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 vasta 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	**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**». «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»

Sicilia	Avola /Noto	Vittorio Padua, coordinatore di CittadinanzAttiva/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 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".
Campania	Pedimonte Matese	Margerita Riccitelli di Cittadinanzattiva-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, 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».
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	**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.
Puglia	Taranto	Tribunale dei Diritti del Malato	Quotidiano di Puglia (ed. Tarantо)	07.08.2021	**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.

Lombardia	San Vittore (MI)	/	Settegiorni (ed. Legnano)	10.09.2021	**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. «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 esemplicativo 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 illavoro 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».
Marche	Jesi (	Tribunale del Malato di Jesi, tramite il responsabile Pasquale Liguori	Il Centro	20.09.2021	**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". 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**.

Lombardia	Provincia di Como	/	laprovinciadicomo.it	06.11.2021	**Como: 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.
Veneto	Provincia di Vicenza	/	ilgiornaledivicenza.it	15.10.2021	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.
Campania	Sorrento	Tribunale per i diritti del malato, col suo presidente Giuseppe Staiano	Il Mattino (ed. Circondario Sud)	12.11.2021	**"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 Aiala 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 r**eperire 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,**

					mobiliteremo 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	**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».

Marche	Senigallia	Tribunale del Malato	Il Resto del Carlino (ed. Ancona)	13.02.2022	**SENIGALLIA: Ospedale Principe di Piemonte, 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**. 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.**
Regione	**Città**	**TDM/Assemblea territoriale coinvolta**	**Fonte dell'informazione**	**Data dell'informazione**	**Oggetto della segnalazione**
Sicilia	Sciacca		La Sicilia (ed. Sicilia Centrale)	26 settembre 2021	**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.
Basilicata	Matera		quotidianodelsud.it	09 luglio 2021	**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

					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 trevigian i 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			lanazione.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 Prealpina	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 del 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 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.
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		gazzettadelsud.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

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

Milly Vigliano

Un gesto di grande solidarietà ed amore che ha salvato la vita ad almeno quattro persone. E' 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, si era già arreso.

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 cornee. 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 perchè 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 tanti 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 caparbia 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 rifiorire. E, d'altro canto, la gratitudine di chi rifiorisce grazie all'amore e alla solidarietà di chi dona.

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 tutt'ora sta vivendo il signor Igor. Questo caso limite pone l'accento su di un problema assai più vasto che vedo noi volontari disarmati nell'affrontare analoghe situazioni e, necessariamente, deve poter trovare una soluzione. Sono immani e continui gli sforzi che si stanno producendo per diffondere la cultura della donazione alla cittadinanza a causa della grave carenza di organi, tessuti e cellule; e sempre più spesso ci rivolgiamo alle numerose comunità di cittadini extracomunitari 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».

I CONIUGI Nila e Igor

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, sbattergli 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 odissee. «Si potrebbe magari pensare di modificare la stessa legge N° 91/99 – continua il presidente dell'Aitf - (peraltro 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. E' anche una questione di civiltà del nostro stesso 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). «Ed infine - conclude il presidente dell'Aitf - si sta già interessando per far riconoscere a Igor lo status di rifugiato di guerra, dal momento che, allo stato attuale, non può più far ritorno in Ucraina».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I dati degli espianti

Donatori in lenta crescita, ma non basta ancora

LA SITUAZIONE

Dai dati relativi ai trapianti avvenuti in provincia di Caserta dal 2000 ad oggi, è emerso che sono state effettuate 59 donazioni di organi presso l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione «Sant'Anna e San Sebastiano». Di queste 59 donazioni, nove provengono da cittadini stranieri. Va precisato, tuttavia, che questi ultimi hanno iniziato a 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 Aversa 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 18 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 53 di rene.

mi.vi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Cittadinanza attiva in campo per la sanità in aree interne

L'ASSISTENZA

Vincenzo Corniello

Cittadinanzattiva-Matese, unica in Campania, e Cittadinanzattiva Avola/Noto, 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 carenti, e un approccio più 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'Alto Matese e precisamente dei diciassette Comuni che compongono la Comunità Montana «Zona del Matese». «Per raccogliere testimonianze e dati sulla manifestazione dei deserti medici, finalizzate a condurre un'analisi dei principali portatori di interesse e figure chiave a livello locale - ha affermato Margherita Ricciotelli, Referente di Cittadinanzattiva-Matese del Progetto Europeo Ahead».

Gli obiettivi del Progetto Ahead sono: «Fornire conoscenze e strumenti - ha aggiunto Ricciotelli - a un gruppo di responsabili politici rilevanti in selezionati Stati membri e altri paesi ammissibili, per definire, progettare e attuare riforme basate sull'evidenza nei confronti della forza lavoro sanitaria che mira specificamente a contrastare e/o 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».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

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.