

Collegio Provinciale di Palermo
INFERMIERI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



SELEZIONE DELLA RASSEGNA STAMPA
28 gennaio 2016

A CURA DI
LAURA COMPAGNINO

I NODI DELLA SICILIA

APPROVATE DECINE DI RICHIESTE DEI DEPUTATI PER SALVARE OSPEDALI E REPARTI NELLE PROVINCE DI APPARTENENZA

Sanità, all'Ars via libera a 5 mila assunzioni A febbraio scattano concorsi e mobilità

➤ Domani i provvedimenti in giunta per l'ultimo passaggio
L'assessore Gucciardi: stiamo rispettando i tempi previsti

Domani gli atti arriveranno in giunta, poi Gucciardi emanerà i decreti. Entro febbraio scatterà il reclutamento attraverso lo scorrimento delle graduatorie, la mobilità e i concorsi.

Stefania Giuffrè

PALERMO

●●● Arriveranno in giunta domani gli atti aziendali e le relative dotazioni organiche delle nove Asp siciliane. Dopo la presa d'atto da parte del governo, toccherà all'assessore alla Salute, Baldo Gucciardi emanare i decreti e dare così il via libera al reclutamento di nuovo personale.

Un piano che complessivamente prevede 5 mila nuove assunzioni demandate ai direttori generali delle singole aziende che entro i primi di febbraio potranno procedere. Ieri intanto sui piani aziendali è arrivato il parere della commissione Sanità all'Ars che ha anche votato una risoluzione chiedendo «aggiustamenti» nella organizzazione delle strutture (e quindi nel piano delle assunzioni).

«Quello della commissione – spiega Gucciardi – è un atto di indirizzo, abbiamo voluto un passaggio all'Ars prima dell'approvazione definitiva dei piani. Vener-

di (domani per chi legge, ndr) sottoporro gli atti alla giunta, poi emanerò i decreti. Abbiamo rispettato i tempi, entro febbraio i direttori generali potranno iniziare il reclutamento attraverso lo scorrimento delle graduatorie, la mobilità e i concorsi».

L'esame in commissione è salutato favorevolmente dal presidente Pippo Digiacomo. «Questo passaggio – dice – consentirà di avviare finalmente quella stagione concorsuale in sanità attesa da tempo, finalizzata al potenziamento ed alla stabilità del Sistema sanitario regionale ed a dare risposta alle aspettative occupazionali di molti giovani».

L'atto di indirizzo è stato approvato all'unanimità, con il parere favorevole del governo. La commissione ha votato anche una risoluzione con una serie di «richieste» al governo. In particolare i deputati hanno chiesto il potenziamento di reparti e il mantenimento di altri per i quali, nella rimodulazione della rete ospedaliera, è prevista la chiusura o l'accorpamento. Richieste che, inevitabilmente, avranno ricadute sul piano delle assunzioni.

I deputati chiedono di «salvare» il reparto di nefrologia ad Agri-

gento, quelli di otorinolaringoiatria a Modica, di Malattie infettive e tropicali a Ragusa, di Chirurgia generale e Medicina generale in entrambi gli ospedali di Caltagirone e Militello in Val di Catania, la Farmacia territoriale in provincia di Enna.

Sì anche ai reparti di patologia clinica e radiologia in tutti gli ospedali dotati di pronto soccorso. Nell'elenco ci sono anche la previsione di un Dipartimento di Riabilitazione, di un reparto dedicato alla Talassemia e di una unità di Endoscopia digestiva in ogni Asp, la creazione del reparto di Oncematologia ad Augusta, il ripristino dell'unità per la cura del piede diabetico al Civico di Palermo.

Per il Basilotta di Nicosia si chiede la dotazione organica e strumentale per far funzionare il reparto di scongiurando così la chiusura del punto nascita. Chiesta anche la creazione del Pronto soccorso a Lipari e la costituzione di un'unità di Riabilitazione e una di Lungodegenza in uno dei



Peso: 47%

due presidi degli Ospedali riuniti di Niscemi e Mazzarino. Digiaco-
mo parla di «un importante con-
tributo all'efficiamento ed al-
la sicurezza della rete, con una
particolare attenzione verso le
esigenze delle comunità locali,
delle quali la commissione si è
fatta portavoce». Gucciardi dal
canto suo dice: «Terremo conto
delle indicazioni compatibilmen-

te con quello che è coerente con
le linee guida emanate, con il de-
creto Lorenzin e con gli atti azien-
dali». (*STEGI*)

**DIGIACOMO: PROPOSTE
DELLA COMMISSIONE
SONO UN AIUTO ALLE
COMUNITÀ LOCALI**



Entro febbraio partiranno le procedure per arruolare nuovo personale negli ospedali siciliani



Peso: 47%

Il deputato regionale Digiaco: "Adesso piante organiche e concorsi"

PALERMO - "Adesso piante organiche e concorsi", dice Pippo Digiaco, presidente della commissione Sanità dell'Ars, che ha esaminato ieri gli atti aziendali presentati dalle nove Asp siciliane, necessari all'organizzazione interna delle strutture e propedeutici alla definizione delle relative piante organiche. "Questo passaggio - spiega - consentirà di avviare finalmente quella stagione concorsuale in sanità attesa da tempo, finalizzata al potenziamento ed alla stabilità del Sistema sanitario regionale ed a dare risposta alle aspettative occupazionali di molti giovani".

La pronuncia della commissione, che in relazione agli atti aziendali deliberati dalle Asp ha posto in essere un atto di indirizzo approvato all'unanimità, ha visto il parere favorevole del governo. "La definizione di questo processo - ha aggiunto Digiaco - costituisce il coronamento degli sforzi effettuati dalla Regione per il miglioramento del Sistema sanitario, avviati dall'assessore Borsellino e portati avanti dall'assessore Gucciardi e dagli uffici dell'assessorato in un proficuo rapporto di collaborazione con la commissione che, fin dall'inizio e senza distinzione di parti politiche, ha dato il proprio contributo per la definizione della rete ospedaliera".

"Oggi - ha concluso il presidente della commissione - abbiamo dato un importante contributo all'efficiamento ed alla sicurezza della rete, con una particolare attenzione verso le esigenze delle comunità locali, delle quali la commissione si è fatta portavoce".



Peso: 19%

La mobilità dei direttori generali nella sanità è instabile e chiusa

Rispetto alla durata media in carica dei dg in una data azienda per Regione (1996-2015), la Sicilia riporta una media pari a 3,2. Nello specifico, per le aziende ospedaliere dell'Isola la media è pari a 3,4 (contro una media nazionale del 4,0), mentre per le Asp è di 2,8 (contro una media nazionale del 3,7)

PALERMO - "Non esistono più Regioni con gravi disavanzi; al contrario, alcune delle Regioni storicamente in deficit (Lazio, Campania e Sicilia) si trovano oggi con un leggero avanzo di amministrazione, che utilizzano per contribuire a saldare debiti pregressi". È quanto si apprende dall'analisi del rapporto Oasi 2015, Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane. L'Osservatorio, istituito nel 1998, pone il Cergas (Centro di ricerca per la gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) dell'Università Bocconi come punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nella sanità italiana.

Tra i punti affrontati nel terzo capitolo (parte I) dal titolo "La struttura e le attività del Ssn" si trovano: la numerosità e tipologia di aziende e mobilità dei direttori generali; scelte di assetto tecnico e dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi; dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate; dati che rappresentino i bisogni sanitari, i livelli di soddisfazione e la domanda espressa dagli utenti.

Di seguito si analizzerà la mobilità dei direttori generali (dg), tema chiave per capire le modalità di esercizio delle prerogative di governo delle aziende da parte della regione.

Soggetto strategico di un'azienda sanitaria pubblica, il suo ruolo - si legge nel rapporto - è mutato nel corso degli ultimi anni a seguito "delle trasformazioni dell'ambiente di riferimento e dell'assetto istituzionale di tali aziende, caratterizzate da dimensioni più ampie per effetto dei processi di accorpamento". In particolare, si considera qui il turnover dei dg a livello nazionale e regionale; si valuta la formazione di una "comunità professionale" di dg delle aziende sanitarie pubbliche, e si mette a confronto il grado di stabilità dei vari sistemi regionali e il loro grado di apertura nelle nomine dei dg.

La durata media del periodo in cui ogni dg è rimasto in carica in una data azienda, a livello nazionale è pari a 3,7 anni, ossia 3 anni e 7 mesi circa. Se sia un tempo congruo o meno lo si legge nel rapporto: "Questo è, probabilmente, un orizzonte di gestione troppo limitato, considerando il livello di

complessità delle aziende sanitarie pubbliche". Rispetto, però, alla durata media in carica dei dg in una data azienda per Regione (1996-2015) la Sicilia riporta una media pari a 3,2. Nello specifico, per le aziende ospedaliere dell'Isola la media è pari a 3,4 (contro una media nazionale del 4,0), mentre per le Asp è di 2,8 (contro una media nazionale del 3,5).

Si è anche messa a confronto la mobilità dei dg sulla base di due indici: l'indice di instabilità del sistema regionale (propensione del sistema a cambiare i propri dg) e l'indice di apertura del sistema regionale (propensione del sistema ad assegnare l'incarico a persone esterne, quali dg di aziende di altre regioni o soggetti che per la prima volta ricevono l'incarico, invece che far ruotare il management fra le proprie aziende). La Sicilia rientra in questo caso tra le regioni "autosufficienti", ossia con alto grado di instabilità e di chiusura, vale a dire sistemi regionali in cui i cambiamenti dei dg sono frequenti e avvengono, prevalentemente, facendoli ruotare fra le aziende della stessa Regione.

Francesca Fisichella

È quanto si apprende dall'analisi del rapporto Oasi 2015 Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane

In Sicilia alto grado di chiusura: i dg ruotano fra le aziende della stessa Regione



Peso: 69%



Peso: 69%

I medici di medicina generale nel 2012 sono circa 45 mila. L'offerta mostra un leggero calo rispetto all'anno precedente, con un valore che va da 7,8 a 7,6 medici ogni 10 mila abitanti, il numero di assistiti per medico è pari a 1.156 assistiti. A livello territoriale, se si esclude il caso della Provincia autonoma di Bolzano con un numero medio di 1.549 assistiti per medico, la variabilità regionale passa da 1.043 in Basilicata a 1.306 in Lombardia. Per quanto riguarda l'offerta di medici pediatri, sul territorio nazionale nel 2012 operano circa 7.700 medici pediatri: circa 9 ogni 10 mila bambini fino a 14 anni. Il numero di bambini assistiti per pediatra risulta ancora in aumento, con circa 9 unità in più per medico dal 2011 al 2012. Valori superiori a 10 si hanno in Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Sicilia e Sardegna. Il numero medio di bambini assistiti è pari a 879 nel 2012. Si passa da 764 bambini assistiti in Sardegna a 1.006 in Veneto. I servizi di guardia medica sono 4,9 ogni 100 mila abitanti, valore stabile negli ultimi tre anni, stabile anche il numero di medici di guardia medica nel corso dei tre anni di osservazione, nel 2012 sono 20,2 ogni 100 mila abitanti. Gli ambulatori e i laboratori pubblici e privati convenzionati sono circa 16 ogni 100 mila abitanti nel 2012. Nell'ultimo quinquennio la dotazione dei servizi in valore assoluto ha subito una riduzione del 4,7 per cento.

Un servizio che svolge un ruolo importante, sia nel favorire il processo di deospedalizzazione sia nel garantire una risposta adeguata alla domanda sanitaria proveniente da persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute, è rappresentato dalle strutture per l'assistenza semiresidenziale e residenziale. Nel periodo 2011-2012 si assiste a un potenziamento di questi servizi: i posti letto nelle strutture per l'assistenza residenziale sono passati da 221 mila nel 2011 a 224 mila nel 2012, con un incremento pari a 1,6 per cento in un

anno; negli stessi anni i posti per l'assistenza semiresidenziale sono passati da circa 50 mila a 51 mila, corrispondente anche in questo caso a un aumento di 1,9 per cento. In Italia ci sono circa 38 posti letto ogni 10 mila abitanti in strutture residenziali e circa 9 posti letto ogni 10 mila abitanti in strutture semiresidenziali. A livello territoriale l'offerta di posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali presenta una significativa disparità fra Nord e Sud, con valori per le regioni settentrionali decisamente più elevati rispetto a quelli del Meridione.

I dati del 2012 si riferiscono a 1.088 istituti di cura del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e presentano le caratteristiche tipiche dei paesi che hanno un sistema sanitario di tipo nazionale: il 53 per cento degli istituti afferisce al settore pubblico (con un'offerta pari a 158 mila posti letto), il 47 per cento al settore privato che eroga servizi anche per conto del Ssn (41 mila posti letto - Tavola 4.5).

Complessivamente nel 2012, ogni mille abitanti ci sono 3,3 posti letto che sono utilizzati al 79,4 per cento, con un tasso di ospedalizzazione pari a 118,9 per mille e con una degenza media di otto giorni. L'analisi negli ultimi sei anni (2007-2012) dell'indicatore relativo al numero di posti letto ordinari per abitante mostra una diminuzione da 3,8 a 3,3 posti per mille abitanti (Figura 4.1). Nel 2012 a livello regionale la dotazione più elevata di posti letto, in linea con gli standard normativi attualmente fissati, si registra nel Nord-ovest e nel Nord-est con 3,7 posti letto



Peso: 20-53%,21-96%,22-42%,23-61%,24-73%,25-80%,26-89%,27-65%,28-79%,29-74%,30-68%

ogni mille abitanti e la più bassa nel Sud dell'Italia con 2,9 posti letto ogni mille abitanti (Tavola 4.5). La disponibilità maggiore di posti letto ospedalieri per mille abitanti risulta nella Provincia autonoma di Trento con 4,1, a seguire in Emilia-Romagna con 4,0 e infine in Valle d'Aosta con 3,8 per mille abitanti. Il Centro è allineato al valore nazionale di 3,3 posti letto per mille abitanti. La dotazione minima di posti letto ordinari in rapporto alla popolazione residente si registra invece in Campania e in Calabria con 2,7 posti letto per mille abitanti. Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione la distribuzione territoriale è meno omogenea: emergono valori bassi in Calabria (98,3 per mille abitanti), Veneto (103,7), Basilicata (105,5), Sicilia (107,9) e Piemonte (108,0). I valori più elevati del tasso di ospedalizzazione, che sono anche al di sopra dello standard fissato dalla normativa vigente (120 per mille per i ricoveri ordinari al netto di quelli in regime di lungodegenza e riabilitazione) sono in Emilia-Romagna (140,6 per mille abitanti), Provincia autonoma di Bolzano (137,6 per mille abitanti), Umbria (137,4), Molise (133,3) e Lombardia (130,7 - Figura 4.2).

I dati relativi al personale medico mostrano, nel 2012, una composizione analoga a quella presente nelle strutture ospedaliere del Sistema sanitario nazionale: il 75,9 per cento presta servizio presso le strutture pubbliche, il 9,5 per cento nelle strutture equiparate alle pubbliche ed il 14,6 per cento nelle strutture private accreditate (Tavola 4.6). Nelle strutture del Ssn sono presenti 2 medici ogni mille abitanti, mentre tale valore arriva a 4,4 per mille per il personale con il ruolo di infermiere. Ogni 2,2 di infermieri c'è un medico: nelle strutture pubbliche tale rapporto è più alto rispetto a quelle equiparate alle pubbliche (2,4 rispetto a 1,9) e a quelle private accreditate (1,1). Analizzando i dati del personale a livello territoriale, il valore più basso per presenza di medici si osserva nel Sud (1,7 medici per mille abitanti) e nel Nord-est (1,9 per mille): nella prima ripartizione

la Calabria è la regione con il valore più basso (1,5), nella seconda lo è il Veneto (1,7 - Tavola 4.6). Rispetto alla presenza di personale con il ruolo di infermiere, le regioni del Centro e del Sud hanno valori al di sotto della media nazionale (4,4 per mille abitanti): in particolare la Calabria e la Campania riportano i valori più bassi (rispettivamente 3,1 e 3,2 per mille abitanti). Valori più alti si osservano al Nord, in particolare nella Provincia autonoma di Bolzano (6,3) e in Liguria (5,7).

Nel 2013, le dimissioni ospedaliere per acuti (esclusa riabilitazione e lungodegenza) in regime ordinario e in day hospital sono 8.981.339, corrispondenti a 1.491 dimissioni ospedaliere ogni 10 mila residenti. Prosegue il processo di deospedalizzazione che ha determinato una progressiva e significativa diminuzione dei ricoveri nel tempo: nell'ultimo quinquennio le dimissioni ospedaliere hanno fatto registrare una riduzione media annua del 4,5 per cento e una riduzione complessiva del 16,7 per cento rispetto al 2009. Tra il 2012 e il 2013 la diminuzione dell'attività ospedaliera per acuti è stata del 4,3 per cento. Considerando i dati provvisori relativi al primo semestre 2014 diffusi dal Ministero della salute, la riduzione rispetto al primo semestre 2013 è pari al 9,2 per cento. Tuttavia tale decremento potrebbe risultare più basso quando saranno disponibili i dati consolidati riferiti a tutto l'anno 2014, in quanto la distribuzione delle dimissioni ospedaliere in regime ordinario e in day hospital non è omogenea nei diversi mesi dell'anno. La diminuzione dei ricoveri ha riguardato tutte le classi di età, eccetto quella dei 90 anni e oltre per cui le dimissioni ospedaliere sono aumentate da circa 172 mila nel 2009 a oltre 217 mila nel 2013. La classe di età 70-79 anni, con quasi 1,6 milioni di casi, è quella con il numero più elevato di ricoveri, corrispondenti al 17,7 per cento delle dimissioni



totali. Tuttavia in rapporto alla popolazione residente, i dati mostrano una situazione differente: è in corrispondenza del primo anno di vita che si registra il rapporto più elevato con 4.734 dimissioni ogni 10 mila residenti. Seguono, in ordine decrescente, la classe di età di 90 anni e oltre con un valore pari a 3.587, la classe 80-89 anni con 3.437 e solo in quarta posizione la classe di età di 70-79 anni con un valore pari a 2.814. I ricoveri femminili sono più elevati di quelli maschili (1.541 casi per 10 mila donne residenti contro 1.437 per 10 mila residenti uomini), ciò a causa degli eventi legati alla gravidanza, al parto e al puerperio. Difatti le dimissioni ospedaliere rispetto alla popolazione residente nelle donne risultano 1,8 volte più elevate degli uomini nella classe 15-29 anni e 2,4 volte più elevate nella classe 30-44 anni. In tutte le altre classi di età i rapporti rispetto alla popolazione residente sono sempre più elevati per gli uomini. L'analisi dei dati secondo la diagnosi principale, in coerenza con i dati epidemiologici e di mortalità, conferma che il ricorso all'ospedalizzazione è più frequente per le malattie del sistema circolatorio, che rappresentano il 14,1 per cento dei casi totali, e per i tumori (10,7 per cento). Queste patologie costituiscono le principali cause di ricovero in entrambi i generi. Tuttavia nelle donne si aggiungono anche le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio, con il 16,5 per cento del totale delle dimissioni ospedaliere femminili, e negli uomini le malattie dell'apparato digerente, con l'11,9 per cento del totale delle dimissioni ospedaliere maschili. I rapporti rispetto alla popolazione residente mostrano un quadro differenziato per classi di età. Nel primo anno di vita i rapporti sono particolarmente elevati per alcune condizioni morbose di origine perinatale (1.324 per 10 mila residenti) e per i fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie² (1.393). Seguono a distanza, sempre nel primo anno di vita, 543 ricoveri per 10 mila residenti per le malattie dell'apparato respiratorio, che costituiscono le diagnosi principali più fre-

quenti anche nella classe di età 1-14 anni. Tra i 15 e i 44 anni (escludendo le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio), le principali cause di ricovero sono legate alle malattie dell'apparato digerente in entrambi i sessi, ai traumatismi e avvelenamenti nei maschi e alle malattie dell'apparato genito-urinario nelle femmine. Dopo i 45 anni sono le malattie del sistema circolatorio le patologie per cui è più frequente il ricovero. Nelle donne di 45-69 anni sono molto importanti anche i ricoveri per tumori.

Nel 2012, in Italia sono stati registrati 613.520 decessi: 295.831 uomini e 317.689 donne (Tavola 4.10). Nel complesso il tasso grezzo di mortalità nello

stesso anno è pari a 10 per mille abitanti confermando l'andamento crescente dell'indicatore che si osserva dal 2008, fatta eccezione per la flessione del 2010. I livelli di mortalità tra i due generi sono sostanzialmente uguali con un tasso grezzo pari a 10 per mille abitanti sia per gli uomini sia per le donne. Nel primo anno di vita si osservano 1.710 decessi nel corso del 2012, ovvero prosegue il sensibile calo del numero assoluto dei casi in questo periodo della vita che nel 2008 era pari a 1.997 casi. Anche il tasso di mortalità infantile conferma il trend decrescente passando negli stessi anni da 3,5 per mille nati vivi a 3,2 (-7,6 per cento). Nel dettaglio per causa, si osserva che nel 2012 le due principali cause di morte sono ancora le malattie del sistema circolatorio e i tumori a cui sono attribuiti il 66,4 per cento dei decessi complessivi. Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio con un quoziente pari a 386,6 per 100 mila abitanti. La distinzione degli indicatori per genere, tuttavia, evidenzia una differenza nelle graduatorie: infatti le malattie del si-



stema circolatorio costituiscono la principale causa di morte solo per le donne con un quoziente pari a 424,6 per 100 mila, mentre per gli uomini esse sono la seconda causa di morte (quoziente maschile pari a 345,9 per 100 mila) subito dopo i tumori che invece fanno registrare un quoziente maschile di 346,4 per 100 mila; i tumori costituiscono invece la seconda causa di morte femminile con un quoziente di 252,4 per 100 mila abitanti. Tale differenza per genere si osserva ormai da qualche anno e potrebbe almeno in parte essere spiegata da una struttura per età delle donne più anziana rispetto agli uomini. Proseguendo con la graduatoria generale della mortalità del 2012 si trova che al terzo posto ci sono gli altri stati morbosi con un quoziente di 82,7 per 100 mila abitanti. Anche per queste cause il comportamento cambia a seconda del genere e il quoziente è il terzo più elevato per le donne (91,5 per 100 mila) mentre è il quarto per gli uomini (73,2). Il terzo posto per gli uomini è occupato dalle malattie del sistema respiratorio con un quoziente pari a 81,9 per 100 mila abitanti, mentre per le donne il tasso per queste cause è di 64,6, quinta posizione in graduatoria. Altro gruppo di cause con i quozienti tra i più elevati è quello dei disturbi psichici e malattie del sistema nervoso che per le donne da una mortalità pari a 85,8 per 100 mila abitanti e per gli uomini 55,5. Il quoziente per le cause di morte violenta, nel 2012, per gli uomini è pari a 47,8 per 100 mila, circa il 50 per cento più elevato di quello delle donne (32,5 per 100 mila).

Andando ad esaminare la geografia della mortalità complessiva si osservano livelli più elevati nel Centro e nel Nord rispetto al Meridione (Tavola 4.10). In particolare, questo è evidente per i tumori, la cui mortalità è inferiore alla media nazionale in tutte le regioni meridionali, mentre nel Nord e nel Centro i valori sono più elevati, fatta eccezione solo per il Trentino-Alto Adige, la Valle d'Aosta e il Veneto. Per le malattie del sistema circolatorio invece il quadro è parzialmente più variegato: i livelli più elevati si trovano nel Centro tranne che nel Lazio, e nella maggior parte delle regioni del Nord tranne Valle

d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige e Veneto, ma anche in alcune regioni del Meridione quali Molise, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sicilia.

L'analisi della mortalità infantile per causa nel periodo tra il 2008 e il 2012 mostra una sostanziale stabilità come dimostrato dai tassi di mortalità che restano pressoché invariati nel periodo per tutte le cause. Il quoziente più elevato si osserva per alcune condizioni morbose di origine perinatale (1,8 decessi per mille nati vivi), seguito da quello per le malformazioni congenite (0,7 per mille) e per altre cause (0,5 per mille). Le malattie infettive e parassitarie e quelle del sistema respiratorio invece rappresentano le cause meno rile-





OFFERTA DI ASSISTENZA TERRITORIALE: STABILE IL NUMERO DI MEDICI DI BASE E DI PEDIATRI

POSTI LETTO E OSPEDALIZZAZIONE: A TRENTO LA DISPONIBILITÀ MAGGIORE DI POSTI LETTO OSPEDALIERI PER MILLE ABITANTI

DIMISSIONI DAGLI ISTITUTI DI CURA: TRA IL 2009 E IL 2013 LE DIMISSIONI OSPEDALIERE PER ACUTI SCENDONO DEL 16,7 PER CENTO

CAUSE DI MORTE: NEL 2012 SI SONO VERIFICATI CIRCA 613 MILA DECESSI, IL 66 PER CENTO DEI QUALI DOVUTI A MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO E TUMORI

SUICIDI: QUASI UN SUICIDIO SU DUE AVVIENE PER IMPICCAGIONE E SOFFOCAMENTO

CONDIZIONI DI SALUTE: NEL 2015, IL 69,9 PER CENTO DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE DÀ UN GIUDIZIO POSITIVO SUL PROPRIO STATO DI SALUTE

PERSONALE SANITARIO: NELLE STRUTTURE DEL SSN OGNI 2,2 DI INFERMIERI C'È UN MEDICO

Tra 15 e 29 anni, il 58,5 per cento dei decessi maschili avviene per cause di natura violenta contro il 37,8 di quelli femminili

MALATTIE CRONICHE: LE PIÙ DIFFUSE SONO L'IPERTENSIONE, L'ARTROSI/ARTRITE, LE MALATTIE ALLERGICHE, L'OSTEOPOROSI

Nel 2012 negli istituti di cura del Ssn ci sono 199 mila posti letto, 121 mila medici e 264 mila infermieri

MORTALITÀ INFANTILE: PIÙ ELEVATA IN CAMPANIA, SICILIA, CALABRIA E PUGLIA

Nel 2015, il 69,9% della popolazione residente dà un giudizio positivo sul proprio stato di salute, mentre il 38,3% dichiara di essere affetto una patologia cronica

Nel 2012, si sono suicidate 4.258 persone, uomini nel 78,1 per cento dei casi

















I medici di medicina generale nel 2012 sono circa 45 mila. L'offerta mostra un leggero calo rispetto all'anno precedente, con un valore che va da 7,8 a 7,6 medici ogni 10 mila abitanti, il numero di assistiti per medico è pari a 1.156 assistiti. A livello territoriale, se si esclude il caso della Provincia autonoma di Bolzano con un numero medio di 1.549 assistiti per medico, la variabilità regionale passa da 1.043 in Basilicata a 1.306 in Lombardia. Per quanto riguarda l'offerta di medici pediatri, sul territorio nazionale nel 2012 operano circa 7.700 medici pediatri: circa 9 ogni 10 mila bambini fino a 14 anni. Il numero di bambini assistiti per pediatra risulta ancora in aumento, con circa 9 unità in più per medico dal 2011 al 2012. Valori superiori a 10 si hanno in Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Sicilia e Sardegna. Il numero medio di bambini assistiti è pari a 879 nel 2012. Si passa da 764 bambini assistiti in Sardegna a 1.006 in Veneto. I servizi di guardia medica sono 4,9 ogni 100 mila abitanti, valore stabile negli ultimi tre anni, stabile anche il numero di medici di guardia medica nel corso dei tre anni di osservazione, nel 2012 sono 20,2 ogni 100 mila abitanti. Gli ambulatori e i laboratori pubblici e privati convenzionati sono circa 16 ogni 100 mila abitanti nel 2012. Nell'ultimo quinquennio la dotazione dei servizi in valore assoluto ha subito una riduzione del 4,7 per cento.

Un servizio che svolge un ruolo importante, sia nel favorire il processo di deospedalizzazione sia nel garantire una risposta adeguata alla domanda sanitaria proveniente da persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute, è rappresentato dalle strutture per l'assistenza semiresidenziale e residenziale. Nel periodo 2011-2012 si assiste a un potenziamento di questi servizi: i posti letto nelle strutture per l'assistenza residenziale sono passati da 221 mila nel 2011 a 224 mila nel 2012, con un incremento pari a 1,6 per cento in un

anno; negli stessi anni i posti per l'assistenza semiresidenziale sono passati da circa 50 mila a 51 mila, corrispondente anche in questo caso a un aumento di 1,9 per cento. In Italia ci sono circa 38 posti letto ogni 10 mila abitanti in strutture residenziali e circa 9 posti letto ogni 10 mila abitanti in strutture semiresidenziali. A livello territoriale l'offerta di posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali presenta una significativa disparità fra Nord e Sud, con valori per le regioni settentrionali decisamente più elevati rispetto a quelli del Meridione.

I dati del 2012 si riferiscono a 1.088 istituti di cura del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e presentano le caratteristiche tipiche dei paesi che hanno un sistema sanitario di tipo nazionale: il 53 per cento degli istituti afferisce al settore pubblico (con un'offerta pari a 158 mila posti letto), il 47 per cento al settore privato che eroga servizi anche per conto del Ssn (41 mila posti letto - Tavola 4.5).

Complessivamente nel 2012, ogni mille abitanti ci sono 3,3 posti letto che sono utilizzati al 79,4 per cento, con un tasso di ospedalizzazione pari a 118,9 per mille e con una degenza media di otto giorni. L'analisi negli ultimi sei anni (2007-2012) dell'indicatore relativo al numero di posti letto ordinari per abitante mostra una diminuzione da 3,8 a 3,3 posti per mille abitanti (Figura 4.1). Nel 2012 a livello regionale la dotazione più elevata di posti letto, in linea con gli standard normativi attualmente fissati, si registra nel Nord-ovest e nel Nord-est con 3,7 posti letto



Peso: 20-53%,21-96%,22-42%,23-61%,24-73%,25-80%,26-89%,27-65%,28-79%,29-74%,30-68%

ogni mille abitanti e la più bassa nel Sud dell'Italia con 2,9 posti letto ogni mille abitanti (Tavola 4.5). La disponibilità maggiore di posti letto ospedalieri per mille abitanti risulta nella Provincia autonoma di Trento con 4,1, a seguire in Emilia-Romagna con 4,0 e infine in Valle d'Aosta con 3,8 per mille abitanti. Il Centro è allineato al valore nazionale di 3,3 posti letto per mille abitanti. La dotazione minima di posti letto ordinari in rapporto alla popolazione residente si registra invece in Campania e in Calabria con 2,7 posti letto per mille abitanti. Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione la distribuzione territoriale è meno omogenea: emergono valori bassi in Calabria (98,3 per mille abitanti), Veneto (103,7), Basilicata (105,5), Sicilia (107,9) e Piemonte (108,0). I valori più elevati del tasso di ospedalizzazione, che sono anche al di sopra dello standard fissato dalla normativa vigente (120 per mille per i ricoveri ordinari al netto di quelli in regime di lungodegenza e riabilitazione) sono in Emilia-Romagna (140,6 per mille abitanti), Provincia autonoma di Bolzano (137,6 per mille abitanti), Umbria (137,4), Molise (133,3) e Lombardia (130,7 - Figura 4.2).

I dati relativi al personale medico mostrano, nel 2012, una composizione analoga a quella presente nelle strutture ospedaliere del Sistema sanitario nazionale: il 75,9 per cento presta servizio presso le strutture pubbliche, il 9,5 per cento nelle strutture equiparate alle pubbliche ed il 14,6 per cento nelle strutture private accreditate (Tavola 4.6). Nelle strutture del Ssn sono presenti 2 medici ogni mille abitanti, mentre tale valore arriva a 4,4 per mille per il personale con il ruolo di infermiere. Ogni 2,2 di infermieri c'è un medico: nelle strutture pubbliche tale rapporto è più alto rispetto a quelle equiparate alle pubbliche (2,4 rispetto a 1,9) e a quelle private accreditate (1,1). Analizzando i dati del personale a livello territoriale, il valore più basso per presenza di medici si osserva nel Sud (1,7 medici per mille abitanti) e nel Nord-est (1,9 per mille): nella prima ripartizione

la Calabria è la regione con il valore più basso (1,5), nella seconda lo è il Veneto (1,7 - Tavola 4.6). Rispetto alla presenza di personale con il ruolo di infermiere, le regioni del Centro e del Sud hanno valori al di sotto della media nazionale (4,4 per mille abitanti): in particolare la Calabria e la Campania riportano i valori più bassi (rispettivamente 3,1 e 3,2 per mille abitanti). Valori più alti si osservano al Nord, in particolare nella Provincia autonoma di Bolzano (6,3) e in Liguria (5,7).

Nel 2013, le dimissioni ospedaliere per acuti (esclusa riabilitazione e lungodegenza) in regime ordinario e in day hospital sono 8.981.339, corrispondenti a 1.491 dimissioni ospedaliere ogni 10 mila residenti. Prosegue il processo di deospedalizzazione che ha determinato una progressiva e significativa diminuzione dei ricoveri nel tempo: nell'ultimo quinquennio le dimissioni ospedaliere hanno fatto registrare una riduzione media annua del 4,5 per cento e una riduzione complessiva del 16,7 per cento rispetto al 2009. Tra il 2012 e il 2013 la diminuzione dell'attività ospedaliera per acuti è stata del 4,3 per cento. Considerando i dati provvisori relativi al primo semestre 2014 diffusi dal Ministero della salute, la riduzione rispetto al primo semestre 2013 è pari al 9,2 per cento. Tuttavia tale decremento potrebbe risultare più basso quando saranno disponibili i dati consolidati riferiti a tutto l'anno 2014, in quanto la distribuzione delle dimissioni ospedaliere in regime ordinario e in day hospital non è omogenea nei diversi mesi dell'anno. La diminuzione dei ricoveri ha riguardato tutte le classi di età, eccetto quella dei 90 anni e oltre per cui le dimissioni ospedaliere sono aumentate da circa 172 mila nel 2009 a oltre 217 mila nel 2013. La classe di età 70-79 anni, con quasi 1,6 milioni di casi, è quella con il numero più elevato di ricoveri, corrispondenti al 17,7 per cento delle dimissioni



totali. Tuttavia in rapporto alla popolazione residente, i dati mostrano una situazione differente: è in corrispondenza del primo anno di vita che si registra il rapporto più elevato con 4.734 dimissioni ogni 10 mila residenti. Seguono, in ordine decrescente, la classe di età di 90 anni e oltre con un valore pari a 3.587, la classe 80-89 anni con 3.437 e solo in quarta posizione la classe di età di 70-79 anni con un valore pari a 2.814. I ricoveri femminili sono più elevati di quelli maschili (1.541 casi per 10 mila donne residenti contro 1.437 per 10 mila residenti uomini), ciò a causa degli eventi legati alla gravidanza, al parto e al puerperio. Difatti le dimissioni ospedaliere rispetto alla popolazione residente nelle donne risultano 1,8 volte più elevate degli uomini nella classe 15-29 anni e 2,4 volte più elevate nella classe 30-44 anni. In tutte le altre classi di età i rapporti rispetto alla popolazione residente sono sempre più elevati per gli uomini. L'analisi dei dati secondo la diagnosi principale, in coerenza con i dati epidemiologici e di mortalità, conferma che il ricorso all'ospedalizzazione è più frequente per le malattie del sistema circolatorio, che rappresentano il 14,1 per cento dei casi totali, e per i tumori (10,7 per cento). Queste patologie costituiscono le principali cause di ricovero in entrambi i generi. Tuttavia nelle donne si aggiungono anche le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio, con il 16,5 per cento del totale delle dimissioni ospedaliere femminili, e negli uomini le malattie dell'apparato digerente, con l'11,9 per cento del totale delle dimissioni ospedaliere maschili. I rapporti rispetto alla popolazione residente mostrano un quadro differenziato per classi di età. Nel primo anno di vita i rapporti sono particolarmente elevati per alcune condizioni morbose di origine perinatale (1.324 per 10 mila residenti) e per i fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie² (1.393). Seguono a distanza, sempre nel primo anno di vita, 543 ricoveri per 10 mila residenti per le malattie dell'apparato respiratorio, che costituiscono le diagnosi principali più fre-

quenti anche nella classe di età 1-14 anni. Tra i 15 e i 44 anni (escludendo le complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio), le principali cause di ricovero sono legate alle malattie dell'apparato digerente in entrambi i sessi, ai traumatismi e avvelenamenti nei maschi e alle malattie dell'apparato genito-urinario nelle femmine. Dopo i 45 anni sono le malattie del sistema circolatorio le patologie per cui è più frequente il ricovero. Nelle donne di 45-69 anni sono molto importanti anche i ricoveri per tumori.

Nel 2012, in Italia sono stati registrati 613.520 decessi: 295.831 uomini e 317.689 donne (Tavola 4.10). Nel complesso il tasso grezzo di mortalità nello

stesso anno è pari a 10 per mille abitanti confermando l'andamento crescente dell'indicatore che si osserva dal 2008, fatta eccezione per la flessione del 2010. I livelli di mortalità tra i due generi sono sostanzialmente uguali con un tasso grezzo pari a 10 per mille abitanti sia per gli uomini sia per le donne. Nel primo anno di vita si osservano 1.710 decessi nel corso del 2012, ovvero prosegue il sensibile calo del numero assoluto dei casi in questo periodo della vita che nel 2008 era pari a 1.997 casi. Anche il tasso di mortalità infantile conferma il trend decrescente passando negli stessi anni da 3,5 per mille nati vivi a 3,2 (-7,6 per cento). Nel dettaglio per causa, si osserva che nel 2012 le due principali cause di morte sono ancora le malattie del sistema circolatorio e i tumori a cui sono attribuiti il 66,4 per cento dei decessi complessivi. Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio con un quoziente pari a 386,6 per 100 mila abitanti. La distinzione degli indicatori per genere, tuttavia, evidenzia una differenza nelle graduatorie: infatti le malattie del si-



stema circolatorio costituiscono la principale causa di morte solo per le donne con un quoziente pari a 424,6 per 100 mila, mentre per gli uomini esse sono la seconda causa di morte (quoziente maschile pari a 345,9 per 100 mila) subito dopo i tumori che invece fanno registrare un quoziente maschile di 346,4 per 100 mila; i tumori costituiscono invece la seconda causa di morte femminile con un quoziente di 252,4 per 100 mila abitanti. Tale differenza per genere si osserva ormai da qualche anno e potrebbe almeno in parte essere spiegata da una struttura per età delle donne più anziana rispetto agli uomini. Proseguendo con la graduatoria generale della mortalità del 2012 si trova che al terzo posto ci sono gli altri stati morbosi con un quoziente di 82,7 per 100 mila abitanti. Anche per queste cause il comportamento cambia a seconda del genere e il quoziente è il terzo più elevato per le donne (91,5 per 100 mila) mentre è il quarto per gli uomini (73,2). Il terzo posto per gli uomini è occupato dalle malattie del sistema respiratorio con un quoziente pari a 81,9 per 100 mila abitanti, mentre per le donne il tasso per queste cause è di 64,6, quinta posizione in graduatoria. Altro gruppo di cause con i quozienti tra i più elevati è quello dei disturbi psichici e malattie del sistema nervoso che per le donne da una mortalità pari a 85,8 per 100 mila abitanti e per gli uomini 55,5. Il quoziente per le cause di morte violenta, nel 2012, per gli uomini è pari a 47,8 per 100 mila, circa il 50 per cento più elevato di quello delle donne (32,5 per 100 mila).

Andando ad esaminare la geografia della mortalità complessiva si osservano livelli più elevati nel Centro e nel Nord rispetto al Meridione (Tavola 4.10). In particolare, questo è evidente per i tumori, la cui mortalità è inferiore alla media nazionale in tutte le regioni meridionali, mentre nel Nord e nel Centro i valori sono più elevati, fatta eccezione solo per il Trentino-Alto Adige, la Valle d'Aosta e il Veneto. Per le malattie del sistema circolatorio invece il quadro è parzialmente più variegato: i livelli più elevati si trovano nel Centro tranne che nel Lazio, e nella maggior parte delle regioni del Nord tranne Valle

d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige e Veneto, ma anche in alcune regioni del Meridione quali Molise, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sicilia.

L'analisi della mortalità infantile per causa nel periodo tra il 2008 e il 2012 mostra una sostanziale stabilità come dimostrato dai tassi di mortalità che restano pressoché invariati nel periodo per tutte le cause. Il quoziente più elevato si osserva per alcune condizioni morbose di origine perinatale (1,8 decessi per mille nati vivi), seguito da quello per le malformazioni congenite (0,7 per mille) e per altre cause (0,5 per mille). Le malattie infettive e parassitarie e quelle del sistema respiratorio invece rappresentano le cause meno rile-





**OFFERTA DI ASSISTENZA
TERRITORIALE: STABILE
IL NUMERO DI MEDICI DI BASE
E DI PEDIATRI**

**POSTI LETTO E
OSPEDALIZZAZIONE: A TRENTO
LA DISPONIBILITÀ MAGGIORE
DI POSTI LETTO OSPEDALIERI
PER MILLE ABITANTI**

**DIMISSIONI DAGLI ISTITUTI DI
CURA: TRA IL 2009 E IL 2013 LE
DIMISSIONI OSPEDALIERE PER
ACUTI SCENDONO DEL 16,7
PER CENTO**

**CAUSE DI MORTE: NEL 2012 SI
SONO VERIFICATI CIRCA 613
MILA DECESSI, IL 66 PER
CENTO DEI QUALI DOVUTI A
MALATTIE DEL SISTEMA
CIRCOLATORIO E TUMORI**

**SUICIDI: QUASI UN SUICIDIO
SU DUE AVVIENE PER
IMPICCAGIONE E
SOFFOCAMENTO**

**CONDIZIONI DI SALUTE: NEL
2015, IL 69,9 PER CENTO DELLA
POPOLAZIONE RESIDENTE DÀ
UN GIUDIZIO POSITIVO SUL
PROPRIO STATO DI SALUTE**

**PERSONALE SANITARIO:
NELLE STRUTTURE DEL SSN
OGNI 2,2 DI INFERMIERI
C'È UN MEDICO**

*Tra 15 e 29
anni, il 58,5
per cento dei
decessi ma-
schili avviene
per cause di
natura violenta
contro il 37,8
di quelli
femminili*

**MALATTIE CRONICHE:
LE PIÙ DIFFUSE SONO
L'IPERTENSIONE,
L'ARTROSI/ARTRITE,
LE MALATTIE ALLERGICHE,
L'OSTEOPOROSI**

*Nel 2012 negli
istituti di cura
del Ssn ci
sono 199 mila
posti letto, 121
mila medici
e 264 mila
infermieri*

**MORTALITÀ INFANTILE: PIÙ
ELEVATA IN CAMPANIA, SICILIA,
CALABRIA E PUGLIA**

*Nel 2015,
il 69,9% della
popolazione
residente
dà un giudizio
positivo sul
proprio stato di
salute, mentre
il 38,3% dichiara
di essere affetto
una patologia
cronica*

*Nel 2012,
si sono
suicidate
4.258
persone,
uomini
nel 78,1 per
cento dei casi*

















*Marche***L'ARS RINNOVA LA CONVENZIONE CON L'UNIVERSITÀ DI CAMERINO PER LA GESTIONE DEL REGISTRO TUMORI**

L'Agenzia regionale sanitaria (Ars) delle Marche ha rinnovato la convenzione con l'Università di Camerino per la gestione del Registro tumori. "L'Università Politecnica delle Marche" precisa la Regione Marche "garantirà una collaborazione scientifica, a seguito di un analogo protocollo che verrà sottoscritto sempre con l'Ars. In questo caso si tratta della prima stipula con la Politecnica per quanto riguarda la gestione del Registro tumori. Strumento indispensabile di sorveglianza della patologia tumorale nella popolazione, attivo presso l'Osservatorio epidemiologico regionale dell'Ars, raccoglie periodicamente tutti flussi informativi provenienti dalle varie strutture interessate. Il Registro tumori regionale (Rtr) mette a disposizione informazioni sulle specifiche forme di patologia oncologica, sullo studio delle caratteristiche cliniche dei casi, sull'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici intrapresi. Informazioni fondamentali per una valutazione epidemiologica delle esigenze sanitarie della popolazione e dei risultati raggiunti dalla sanità regionale. Un software gestionale, attraverso le convenzioni con le due Università, consente di classificare i casi collegando i dati di quattro archivi fondamentali: l'Anagrafica regionale, le Schede di dimissione ospedaliera, le Schede di morte Istat, gli Archivi delle anatomie patologiche. Sono già iniziate le attività di codifica dei casi (incidenza 2011), a partire dall'Area Vasta 1 (Pesaro, Urbino, Fano) dell'Asur, per la quale sono stati inseriti tutti gli archivi informatizzati. A regime si prevede di analizzare 15-16 mila casi annui per identificare gli "incidenti" (nuovi).



Peso: 29%