



OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO

29 GENNAIO 2018

RASSEGNA STAMPA



L'addetto Stampa
Massimo Bellomo Ugdulena

STEFANIAMODE.COM

Via Torreaarsa. 27/29 - Trapani (TP) Italy

BlogSicilia[®].it
il giornale online dei siciliani

#Totò Riina #messina denaro #carabinieri #polizia municipale #oroscopo

Home > Lavoro > Via libera alle stabilizzazioni e alle assunzioni in sanità, un atto di indirizzo dell'assessorato sblocca le procedure

LAVORO

Via libera alle stabilizzazioni e alle assunzioni in sanità, un atto di indirizzo dell'assessorato sblocca le procedure



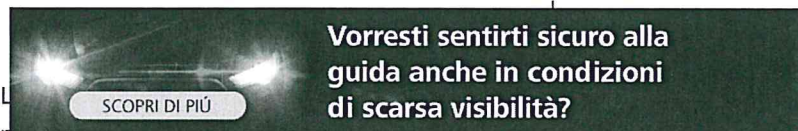
ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento per la Pianificazione Strategica
SERVIZIO 1
Personale del SSR dipendente e convenzionato

Prot. /Servizio 1/n.

Palermo, 22 gennaio 2018

Oggetto: Procedure di stabilizzazione ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 75/2017.
ATTO DI INDIRIZZO.

29/01/2018



regionale alla sanità nessuno ne ha dato

notizia. Via le sei pagine di lettera indirizzate ai direttori generali delle nove Asp siciliane e delle otto aziende ospedaliere nonché ai tre Policlinici e all'IRCSS Bonino Pulejo di Messina firmata dall'assessore Ruggero Razza, dal dirigente generale dei due Dipartimenti sanitari Rino Giglione e dal capo del personale della Regione Marisa Finocchiaro ha subito avuto i suoi risultati.

Nell'atto di indirizzo si dettano precise disposizioni per gestire il percorso di stabilizzazione dei precari siciliani fornendo 'indicazioni operative ai fini delle procedure di stabilizzazione da avviare nel triennio 2018-2020'

Cassando quanto fatto nel 2017 sul fronte dei fabbisogni, l'atto chiede ai direttori generali una ricognizione delle risorse e la predisposizione di un piano dei fabbisogni triennali di personale fino al 2020. Una volta rimodulato il piano del 2017 dispone, punto per punto, le procedure per le stabilizzazioni ma chiede anche alle aziende di informare, passo passo, l'assessorato regionale sulle procedure seguite, sui risultati conseguiti, sui passi avanti compiuti.

Da un lato, dunque, l'atto fa partire le procedure dall'altro assegna tre anni di tempo alle stesse procedure lasciando ipotizzare, dunque, che per i concorsi che potranno seguire queste stabilizzazioni e che dovranno servire a reclutare il personale necessario in pianta organica dopo queste stabilizzazioni bisognerà aspettare almeno il 2021, se non altro per quel che riguarda le assunzioni perchè per l'espletamento delle procedure concorsuali la disposizione dice chiaramente di non aspettare ma procedere con tutti gli atti parallelamente alle stabilizzazioni. Adesso, almeno, ci sono date e disposizioni chiare.

Dall'altra parte l'atto di indirizzo stabilisce le procedure sia per la stabilizzazione dei precari provenienti da concorsi che per quelli reclutati senza concorso e, contemporaneamente, dispone che le aziende mettano in atto anche la seconda fase delle assunzioni ovvero lo scorrimento delle graduatorie dei concorsi ancora valide nonché l'adozione e l'impiego delle graduatorie per la mobilità interaziendale e interregionale.

Di fatto l'atto di indirizzo sblocca le procedure e indica la strada in modo chiaro tanto che l'Asp di Palermo ha risposto a stretto giro alla lettera che ha appena una settimana informando che le procedure riguarderanno nel complesso 651 precari che vanno verso la stabilizzazione e informando sulla consistenza del piano triennale del fabbisogno nonché della ulteriore ricognizione in corso.

La strada è tracciata ma occorreranno tre anni per portarla a termine

Procreazione medicalmente assistita, manca il budget per il 2018 e le liste di attesa si allungano

www.insanitas.it/procreazione-medicalmente-assistita-manca-il-budget-per-il-2018-e-le-liste-di-attesa-si-allungano/

January 28, 2018



Un balzo indietro di tre anni. Per la prima volta dopo il 2014, data in cui è stato eseguito il primo intervento di fecondazione eterologa in Sicilia, nel territorio della Regione è praticamente impossibile avviare questa tecnica di riproduzione. Il problema deriva dal fatto che, per l'anno in corso, non esiste ancora traccia del budget destinato dalla Regione Siciliana ai cicli di Procreazione Medicalmente Assistita, sia per la fecondazione omologa che per la fecondazione eterologa.

Lo scorso 31 dicembre è scaduta l'assegnazione del budget aggiuntivo semestrale con il quale si era messa una toppa alla precedente assegnazione annuale, creando di fatto un collo di bottiglia poiché le liste di attesa, nei centri pubblici ed in quelli privati accreditati, continuano ad allungarsi. A lanciare l'allarme sono proprio i centri privati accreditati che, in assenza di budget, nonostante le tante richieste, non possono dare seguito a nuovi cicli di PMA, né per quanto riguarda la fecondazione omologa né per quanto riguarda la fecondazione eterologa.

Al momento gli unici centri che stanno procedendo a nuovi cicli di fecondazione omologa in Sicilia sono quelli pubblici che stanno andando avanti nonostante la mancanza di un budget assegnato per il 2018. In ogni caso i 6 centri pubblici presenti in Sicilia, secondo gli ultimi dati disponibili, riescono a soddisfare appena il del 20% delle richieste. Le altre coppie siciliane in attesa di accedere al servizio sanitario non possono neanche trasferirsi in altre regioni, poiché ormai non è più possibile ottenere il rimborso da parte del SSN, chiudendo di fatto dentro un recinto il diritto di accedere alla PMA sancito per legge.

Ancora più grave la situazione per la fecondazione eterologa, nessuna delle 6 strutture pubbliche siciliane dotate del servizio di PMA sono in grado di effettuare tali cicli mentre gli altri centri accreditati sono bloccati dalla mancanza di budget.

Il pericolo di potersi ritrovare ad inizio 2018 in una situazione di emergenza era stato sollevato per tempo dai 4 componenti della "Commissione permanente per le PMA" quando, lo scorso 30 novembre, era stata ufficialmente chiesta al dirigente del Servizio 4 dell'Assessorato alla Salute la convocazione urgente di una seduta per discutere del nuovo budget. Richiesta che non ha avuto alcun seguito.

I centri privati accreditati che si occupano di PMA in Sicilia, oltre a sollevare il problema della mancanza del budget per l'anno in corso continuano a lamentarsi per una distribuzione dei fondi che non rispecchia il dato relativo al numero di cicli garantito dal pubblico e dal privato. L'assegnazione provvisoria per il secondo semestre del 2017, con la quale la Regione Sicilia ha finanziato esclusivamente le spese destinate ai cicli di PMA, è stata di 1,6 milioni, di cui il 70% destinato ai centri pubblici ed il 30% destinato ai centri privati. Un metodo di ripartizione

fortemente contestato perché ricalca quello adottato dall'assessorato per la prima assegnazione, fatta nel 2016, quando oltre a garantire la realizzazione dei cicli i centri pubblici necessitavano anche di un budget aggiuntivo per la start up.

Da qui la proposta contenuta in una nota stesa dai privati accreditati che, se non si dovesse giungere in tempi brevi ad una soluzione del problema, si dicono pronti ad adire le vie legali. "Secondo gli ultimi dati disponibili risalenti al 2015 – si legge nella nota – l'80% dei cicli PMA eseguiti in Sicilia sono stati resi dai centri privati accreditati, soltanto il restante 20% dai centri pubblici. Poiché l'entrata in vigore dei LEA non si scorge all'orizzonte sarebbe utile, nel periodo finestra che va da oggi all'entrata in vigore degli stessi, che la Regione continuasse ad offrire le prestazioni con SSR. Ciò con una modalità di ripartizione che, mentre certamente tenga conto della necessità di implementare la PMA resa dai centri pubblici, al contempo tenga in considerazione l'analisi storica delle prestazioni rese in Sicilia negli ultimi anni (sempre in rapporto di almeno 4 a 1 fra privati e pubblico)."

La proposta in sostanza è la seguente: "60% ai centri privati e 40% ai centri pubblici, integrato da un successivo meccanismo di compensazione per il quale con un'analisi ex post, nel caso in cui le somme assegnate ai centri pubblici non fossero interamente utilizzate in un dato anno solare, il residuo potrebbe essere ripartito tra i centri privati che avessero offerto servizi in extra budget."

Direttori generali, ok del Cga: via libera allo spoil system

 www.insanitas.it/direttori-general-ok-del-cga-via-libera-allo-spoil-system/

January 27, 2018




Il Consiglio di Giustizia Amministrativa avrebbe dato, nei giorni scorsi, il via libera alle nuove nomine dei direttori generali di Asp e Ospedali Siciliani. Il CGA si sarebbe espresso in risposta ad una nota inviata dal nuovo governo regionale proprio in merito alla situazione dei manager della sanità.

Aggiornamento: dal Cga smentiscono questa indiscrezione, affermando: «Il Consiglio di Giustizia Amministrativa non si è ancora pronunciato sulla richiesta di parere». **[Clicca qui per leggere il relativo articolo.](#)**

Se dovesse giungere ufficialmente, l'ok del massimo organo siciliano di giustizia amministrativa potrebbe avere un effetto immediato e dirompente, aprendo di fatto al governo Musumeci le porte di un vero e proprio "spoil system" con l'unico limite di poter attingere i nominativi dei prossimi direttori generali dall'albo unico nazionale, previsto dalla normativa nazionale ma non ancora operativo. Quindi, con ogni probabilità, per le nuove nomine si continuerebbe ad attingere al vecchio albo.

Il c.d. "blocca-nomine" esclude espressamente aziende sanitarie e ospedaliere dagli enti per i quali vige lo spoil system, ma l'originale meccanismo di nomine adottato la scorsa estate dal governo Crocetta (***leggi qui***) ha "creato" un ibrido amministrativo: dei commissari nominati con le procedure e dotati dei poteri propri dei direttori generali. La norma sullo spoil system è stata così aggirata.

Spoil system in Asp ed ospedali siciliani, il Cga: «Non ci siamo ancora pronunciati»

 www.insanitas.it/spoil-system-asp-ed-ospedali-siciliani-cga-non-ci-ancora-pronunciati/

January 28, 2018



«Il Consiglio di Giustizia Amministrativa **non si è ancora pronunciato** sulla richiesta di parere. Si riunirà il prossimo due febbraio e il parere sarà pubblicato nei termini di legge».

È quanto scritto dall'Ufficio stampa della Giustizia amministrativa a proposito **dell'articolo pubblicato da Insanitas**, che invece dava conto di indiscrezioni secondo le quale il Cga avrebbe dato, nei giorni scorsi, il via libera alle nuove nomine dei direttori generali di Asp e Ospedali Siciliani, facendolo in risposta ad una nota inviata dal nuovo governo regionale.

Nella foto la sede dell'assessorato regionale alla Salute.

STEFANIAMODE.COM

Via Torreaarsa, 27/29 - Trapani (TP) Italy

LIVESICILIA

FONDATA DA FRANCESCO FORESTA

LUNEDÌ 29 GENNAIO 2018 - AGGIORNATO ALLE 10:37

PALERMO | CATANIA | TRAPANI | AGRIGENTO | MESSINA | CALTANISSETTA | ENNA | RAGUSA | SIRACUSA

CRONACA | POLITICA | ECONOMIA | CUCINA | FOTO | VIDEO

LIVESICILIA PALERMO

LIVESICILIA CATANIA

LIVESICILIA SPORT

Cerca nel sito



Esposizione e vendita:
via Imera, 72-108/131-149
92100 Agrigento
Tel. 0922 401500
Fax 0922 595888

Deposito:
via Aragona, 40
Zona Industriale - 92100 Agrigento
www.gcampionespa.com
E-mail: gcampione@gcampionespa.com

Home > Cronaca > Influenza: è boom di ricoveri Pazienti in rianimazione, due morti

PALERMO

Influenza: è boom di ricoveri Pazienti in rianimazione, due morti

di **Monica Panzica**
Articolo letto 31.239 volte



Foto d'archivio

Picco influenzale e pronto soccorso affollati. "Gli anziani con altre patologie sono più a rischio"

PER I PRIMI 12 MESI

SKY TV SKY FAMIGLIA

SKY BOX SETS SKY CINEMA SKY HD

Offerta disponibile anche se sei già cliente Sky

Scopri di più

PALERMO - Pronto soccorso presi d'assalto e boom di ricoveri negli ospedali palermitani. L'influenza 2018 si sta confermando una delle peggiori degli ultimi quattordici anni in Italia e dilaga anche nel capoluogo siciliano, dove si sono già registrati casi molto gravi. Si tratta di pazienti per i quali è stato necessario il ricovero d'urgenza, a cui è stato diagnosticato il virus A/H1N1, le quali complicazioni, in

PER I PRIMI 12 MESI

SKY TV SKY FAMIGLIA

SKY BOX SETS SKY CINEMA SKY HD

Offerta disponibile anche se sei già cliente Sky

sky Scopri di più



PER I PRIMI 12 MESI

SKY TV SKY FAMIGLIA

SKY BOX SETS SKY CINEMA SKY HD

Offerta disponibile anche se sei già cliente Sky

sky Scopri di più



SKY

Scopri di più

alcune circostanze, si sono rivelate fatali.

Sei quelli ricoverati in rianimazione all'ospedale Cervello nelle ultime settimane, in due casi si è verificato il decesso. Le condizioni di due pazienti sono invece migliorate, altri due sono ancora sotto stretta osservazione dei medici. "Ogni anno l'influenza sfocia in forme gravi che necessitano di una terapia intensiva - spiega il dottore Baldassare Renda, direttore del reparto di Rianimazione dell'ospedale di via Trabucco -. Stavolta il picco è stato raggiunto in anticipo ed è particolarmente intenso. E' in grado di provocare conseguenze molto pesanti nei soggetti che convivono già con determinate patologie, si tratta soprattutto di pazienti con problemi al cuore o malattie respiratorie per i quali il vaccino antinfluenzale sarebbe stato fondamentale".

L'invito, come ogni anno, è infatti quello di agire preventivamente, soprattutto in presenza di patologie concomitanti: "I casi più gravi - sottolinea Renda - riguardano proprio soggetti non vaccinati con insufficienza respiratoria, la quale influenza è sfociata in polmonite. Abbiamo diagnosticato il virus A/H1N1 e in due casi la forma "B", più lieve, entrambi trasmissibili per via aerea, come tutti i virus influenzali". I sintomi accusati da coloro che si recano in ospedale, non sono diversi da quelli dell'influenza stagionale: malessere generale, febbre, cefalea, dolori articolari e muscolari, tosse, starnuti, lacrimazione, talvolta sono presenti disturbi gastrointestinali.

In aumento, a Palermo, anche il numero di pazienti al pronto soccorso e i ricoveri al Civico: "Registriamo circa 260 accessi al giorno - spiega il primario Massimo Geraci - con una media di venti casi legati all'influenza. Come da media regionale, il numero dei ricoveri corrisponde al quindici per cento circa e riguarda soprattutto gli anziani. In questo periodo dell'anno il sovraffollamento non può essere collegato al lavoro dei medici di base - sottolinea - perché è corretto che un paziente con complicanze dovute a patologie preesistenti si rechi al pronto soccorso".

"In alcuni casi - conclude - è stato necessario il ricovero in Terapia Intensiva e anche qui è stato diagnosticato il virus A/H1N1, che in sé non è legato alla gravità della malattia. Lo sono le complicazioni che possono subentrare, specie in pazienti cardiopatici o con patologie respiratorie".



OPERAZIONE GOTHA 7

Terremoto a Messina: 40 arresti Mafia, le intercettazioni VIDEO



CALCIO - PALERMO
Rosa, Empoli è un crocevia
La stagione può svoltare



NON SOLO SICILIA
Cade dall'altalena e finisce in un dirupo:
muore a 22 anni



LIVESICILIA CATANIA
Iacp, l'esposto dello scandalo
"Sospetti su quella operazione"



PALERMO
"Chi sbaglia paga, anche i vigili
Città più sicura con più telecamere"



PALERMO
Discrede, la lettera della figlia
"Caro papà, sento il tuo profumo"



Live Sicilia



L'INCHIESTA

Il padre di Alfano, sindaci e giudici |
Terremoto ad Agrigento: 73 indagati



LA TRASMISSIONE DI LA 7
Stereotipi,
inesattezze e tante

share f 289 t G+ in 0 p 0

Domenica 28 Gennaio 2018 - 06:30

PER I PRIMI 12 MESI

SKY TV SKY FAMIGLIA

SKY BOX SETS SKY CINEMA SKY HD

Offerta disponibile anche se sei già cliente Sky

sky Scopri di più

Lascia tu il primo commento...

Nome * E-mail *

Commenta *

Palermo, 25 gennaio 2018 - Ampliare l'offerta ed abbattere le liste di attesa. Il Centro Unico interaziendale della Sicilia Occidentale per la Procreazione Medicalmente Assistita potenzia i servizi e si prepara a festeggiare le prime gravidanze, ottenute attraverso i cicli di fecondazione assistita omologa. I nuovi locali di Villa Sofia, presso il Padiglione "Biondo", inaugurati ieri mattina, sono fin da subito destinati all'arruolamento delle coppie e ai controlli clinici.

Tre ambulatori e un laboratorio dove le coppie alle prese con problemi di infertilità potranno avviare il loro percorso, seguite da personale specializzato. Nella sede del Presidio ospedaliero Cervello, già operativa dal 2016 presso l'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia, oltre ai controlli proseguiranno invece i cicli di trattamento.

Il Centro Interaziendale di Procreazione Medicalmente Assistita per la Sicilia Occidentale (Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, Policlinico Universitario "Paolo Giaccone", Asp 6 di Palermo), diretto dal prof. Antonio Perino, ha avviato l'ambulatorio di accesso al servizio ad aprile 2016 con i colloqui e la selezione delle coppie.

"Abbiamo iniziato i cicli a maggio scorso - sottolinea Perino - e ad oggi sono già 22 le coppie che aspettano un bambino, e alcune delle madri sono già quasi a termine della gravidanza. Abbiamo un dato del 27% di gravidanze ottenute, superiore persino alla media nazionale. Sono circa 300 le coppie in attesa di avviare il percorso, ma adesso con l'apertura di questo nuovo spazio a Villa Sofia, contiamo di abbattere liste di attesa e tempi".

Fra le 22 donne in gravidanza attraverso il servizio di Procreazione medicalmente assistita all'Ospedale Cervello, dieci sono entro i 34 anni, undici fra i 35 e i 39 anni, e una sopra di 43 anni. Una di loro, Alessandra Muraglia, ginecologa, era presente stamane all'inaugurazione dei locali e ha raccontato la sua esperienza ai giornalisti presenti.

"La disponibilità di una struttura pubblica che operi in ambito di Procreazione medicalmente assistita, grazie al lavoro di ottimi professionisti - sottolinea Maurizio Aricò, Commissario dell'Azienda Villa Sofia-Cervello - è un segnale importante di attenzione concreta che la Sanità regionale dà ad una utenza delicata quale quella delle famiglie alla ricerca della possibilità di procreare. Oggi aggiungiamo un nuovo tassello di questa offerta per ampliare sempre di più questa opportunità".

I costi per accedere al ciclo completo, circa 3.000 euro, sono coperti per quasi due terzi dalla Regione Siciliana.

All'inaugurazione di ieri, oltre ai vertici dell'Azienda Villa Sofia-Cervello, con il Commissario Aricò, il Direttore sanitario Pietro Greco e il Direttore amministrativo, Nora Virga e il Professore Perino, era presente Eugenio Ceglia, Capo di Gabinetto vicario dell'Assessore regionale alla salute, Ruggero Razza.

Centinaia di milioni persi per i viaggi della speranza

IL SINDACATO. «La Regione spende sempre di più e il 10% delle prestazioni sono fatte fuori Sicilia»

ANTONIO FIASCONARO

PALERMO. Malgrado tutte le raccomandazioni degli assessori alla Salute che si sono succeduti negli anni in piazza Ottavio Ziino ai vari direttori generali di ridurre quanto più possibile la mobilità sanitaria passiva, cioè i cosiddetti "viaggi della speranza" - la Regione siciliana spende sempre di più in rimborsi (204 milioni di euro la somma sborsata nel 2016) - ancora circa il 10 per cento delle prestazioni chirurgiche sono annualmente effettuate dai cittadini fuori della Sicilia, in particolar modo nei centri specialistici del centro e del nord Italia.

Insomma le raccomandazioni sembrano ancora essere cadute nel vuoto e per i cittadini siciliani il ricorso alle cure fuori dalla Regione inevitabile.

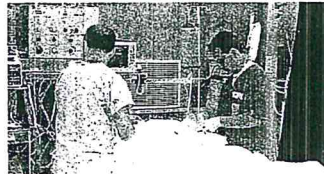
Questo dato lo ha reso noto la segreteria regionale dell'Anaao-Assomed (l'Associazione dei Medici Dirigenti) che ha incontrato per la prima volta da quando si è insediato il nuovo assessore alla Salute, Ruggero Razza.

Per il sindacato è assolutamente necessario e improcrastinabile un percorso concordato tra tutte le organizzazioni sindacali e l'assessorato alla Salute per la rideterminazione della rete ospedaliera.

«La ridefinizione della rete ospedaliera - sottolinea la segreteria regionale - deve necessariamente comportare anche l'attivazione delle proce-



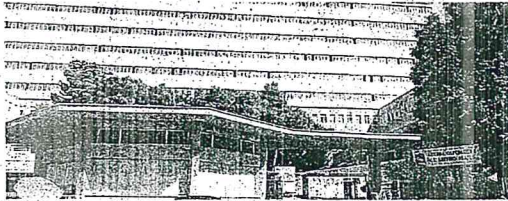
BRAVO RAZZA dall'Anaao-Assomed «per le iniziative assunte in tempo reale come l'atto di indirizzo per le procedure d'assunzione».



TRAPANI. Decesso improvviso all'ospedale Sant'Antonio Abate

Morto un neonato colpito da sepsi inchiesta su eventuali responsabilità

TRAPANI. Ieri un neonato è morto nel reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale Sant'Antonio Abate di Trapani. Il piccolo, che era nato 26 ore prima, sarebbe stato colpito da sepsi neonatale fulminante. "Il bambino era nato con parto naturale senza alcuna complicazione e alla nascita tutti i parametri erano nella norma. Dopo circa sei ore si sono alzati gli indici infettivi ed è intervenuto il neonatologo, praticando subito la terapia antibiotica del caso", fa sapere l'Asp. «Nonostante questo il neonato è spirato». Il commissario dell'Azienda sanitaria, Giovanni Bavetta, nominerà una commissione interna «per verificare se ci sono eventuali responsabilità del personale ospedaliero» o il



decesso sia stato dovuto a "una causa fatale di carenza immunologica o di patologie neonatali". «Occorre fare piena luce - ha detto l'assessore regionale alla Salute, Ruggero Razza - su quanto avvenuto stamani nel reparto di ostetricia e neonatologia dell'ospedale Sant'Antonio Abate di

Trapani. Bene ha fatto l'Asp di Trapani ad avviare una commissione di indagine interna sono necessarie da parte dell'assessorato azioni a garanzia della correttezza dei protocolli adottati o per contribuire a fare emergere le eventuali responsabilità».

dure concorsuali per i posti di nuova istituzione. Ovviamente una priorità è rappresentata dalla completa stabilizzazione dei precari siano essi dirigenti o personale del comparto. Aggressioni ingiustificate contro il personale sanitario sono figlie non solo di inadeguatezza delle strutture, per combattere le quali ben vengano i programmati miglioramenti, ma soprattutto dell'impossibilità di rispondere con tempestività in virtù di personale numericamente inadeguato».

Ancora per l'Anaao-Assomed è fondamentale che alla revisione della rete ospedaliera per l'emergenza si accompagni anche un riesame dei protocolli d'intesa Università-Regione, e che «si proceda alle nomine dei direttori generali con criteri di assoluta trasparenza, assicurando soprattutto il massimo controllo dei requisiti».

Il sindacato poi fa plauso all'assessore Ruggero Razza per le iniziative assunte "in tempo reale" come l'atto di indirizzo per le procedure d'assunzione formalizzato dall'assessore, strumento ineludibile per una risposta univoca alle istanze del personale a tempo determinato.

«Positivamente si accoglie - conclude la segreteria del sindacato - anche la dichiarazione dell'assessore in merito alla necessità di correggere la rete partendo da dati oggettivi e controllabili come la produttività delle strutture».

La lunga fuga dagli ambulatori Che fatica trovare medici di famiglia

Pochi ingressi e troppi pensionamenti: tra sei anni saranno 15mila di meno. A Milano già 400 posti vacanti

MICHELE BOCCI

Lo scricchiolio più preoccupante lo stanno sentendo in Lombardia. Dei 670 posti per medico di famiglia messi a bando, circa 400 sono rimasti liberi: nessuno vuole o può andare in quelle sedi, alcune delle quali non si trovano in sperdute valli alpine bensì a Milano, dove per 62 incarichi si sono presentati in 16. Ma il rumore sinistro che potrebbe anticipare un crollo si ascolta anche in altre regioni, specialmente del nord. Sono troppi i pensionamenti rispetto al numero di giovani che concludono il tirocinio per diventare il medico del territorio, quello che sta cinque giorni su sette in studio a visitare, consigliare, prescrivere visite ed esami e talvolta, non sempre, va pure a domicilio.

In un anno concludono il percorso triennale di studi, che si articola in varie scuole regionali, tra i 900 e i 1.000 medici "specializzati" per fare la medicina generale o quella d'urgenza. Secondo l'Istituto previdenziale dei camici bianchi, l'Enpals, quest'anno i pensionati saranno più o meno lo stesso numero ma il prossimo il dato schizzerà a qualcosa come 2.700, quello dopo addirittura a 3.500 e poi ancora più su, fino a toccare il tetto dei 4mila per altri quattro anni. Solo dal 2025 la curva tornerà a scendere. In sei anni quindi lasceranno in tutto circa 21mila professionisti (circa il 45% del totale) e se non si interviene sui posti nelle scuole, alla fine di quel periodo in Italia mancheranno qualcosa come 15mila medici di famiglia.

I dati Enpals sono elaborati dal sindacato Fimmg, quello con più iscritti tra i medici di famiglia. Le stime tra l'altro sono state fatte calcolando le uscite all'età massima pensionabile. In realtà molti hanno anticipato e infatti in Lombardia già nel 2017 ci si aspettavano appena 50 pensionamenti mentre in realtà sono stati 300, come spiega il dottor Fiorenzo Corti della Fimmg. Ecco perché ci sono già problemi. Ma anche altrove, ad esempio in Veneto, le cose stanno cambiando rapidamente.

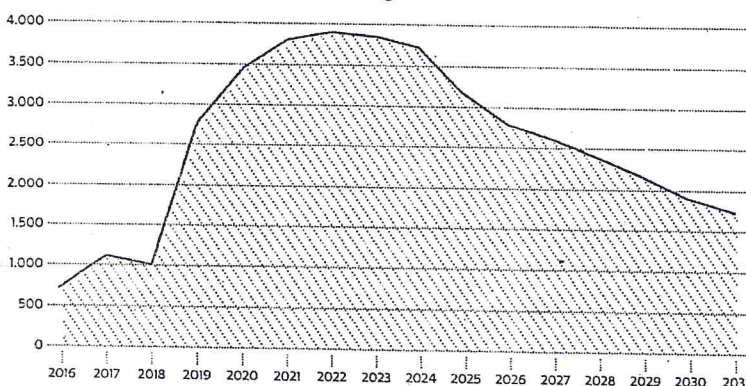
Al nord arrivano meno medici del sud, che trovano lavoro facilmente nelle loro regioni, e quelli che già ci sono magari tornano vicino a casa e lasciano posti scoperti. La situazione veneta la illustra Domenico Crisarà, segretario del sindacato in quella regione: «Negli anni Novanta ci volevano anni dopo il tirocinio per trovare un posto. Io ce ne ho messi 13. Adesso a Padova città un incarico può restare scoperto 8 mesi perché mancano materialmente le persone. Da noi il sistema regge ancora ma tra poco si andrà molto male. Nel giro di pochi anni il Veneto avrà oltre un milione di cittadini su cinque senza medici di medicina generale».

I medici di famiglia possono avere al massimo di 1.500 pazienti, per ciascuno dei quali ricevono 60 euro dalla Asl. La media di assistiti varia ma è comunque più bassa, tra i 1.000 e i 1.200. Inizialmente quindi le carenze di professionisti verranno compensate aumentando il numero di persone seguite da chi ha ancora l'ambulatorio aperto. Tra l'altro la nuova convenzione che regola il lavoro di questi dottori potrebbe prevedere di alzare il "massimale" a 2.000. Ma con la massa di pensionamenti in arrivo non basterà. Intanto si perderà la presenza capillare sul territorio, perché meno medici vuol dire meno studi aperti. Poi ci saranno problemi ad assicurare l'assistenza a tutto, come rivela l'esempio del Veneto.

«Bisogna aumentare subito il numero delle borse di studio, devono almeno raddoppiare - dice

I numeri

I pensionamenti previsti dei medici di famiglia



900-1000
Le borse di studio annuali per chi fa il tirocinio da medico di famiglia o di guardia

3 anni
La durata del tirocinio per i laureati in medicina

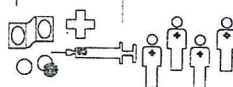
1.500
Il numero massimo di pazienti che può avere un medico di famiglia

60 euro
Quanto viene riconosciuto al medico di famiglia per ogni assistito

47.000
I medici di famiglia attivi in Italia

17.000
I medici di guardia attivi in Italia

670
I posti vacanti in Lombardia di cui il 60% non è stato assegnato



Silvestro Scotti, segretario nazionale Fimmg - In questo periodo le regioni fanno i bandi e chiediamo che tengano conto dell'emergenza. Poi va velocizzato l'accesso: oggi quando un giovane finisce il corso aspetta almeno due anni per entrare, anche se il posto c'è, per via dei passaggi buro-

«Appena due decenni fa ci volevano anni perché si liberasse un posto: oggi certe zone restano scoperte per mesi»

cratici. E comunque tutto questo non basterebbe. Così abbiamo chiesto di aumentare il massimale. Ma solo per colleghi che siano disposti a creare una loro mini équipe con infermiere e collaboratore di studio». Altrimenti 2.000 pazienti sarebbero troppi.

Intervista

Il sindaco "Noi rimasti senza per questo ho detto ai miei cittadini che è vietato ammalarsi"

A Rovigno, nell'entroterra ligure, è «vietato ammalarsi e morire». Lo ha scritto fuori dal municipio Giovanni Isola, il sindaco del paesino tra le montagne dell'Appennino. È soprattutto in posti come questo che si inizia a vedere il problema della carenza dei medici di famiglia.

Cosa sta succedendo, sindaco?

«Qui in val Trebbia ci sono 7 comuni che un tempo avevano un medico. Poi il dottore dopo 40 anni di lavoro è andato giustamente in pensione».

Vi hanno mandato un sostituto?

«Non è stata fatta una graduatoria per l'avvicendamento, e non è colpa della Regione. La legge non prevede di anticipare la selezione anche se si sa già quando andrà via il titolare. Una cosa illogica. Qui si risparmia sulla sanità invece che sugli stipendi dei parlamentari. Queste cose le dico senza problemi, non sono legato a nessun partito, sono stato eletto con una lista civica».

Chi è il vostro medico adesso? «Abbiamo un supplente che fa solo 13 ore alla settimana. Nicnte da dire



L'avviso

Sopra, il cartello fatto affiggere dal sindaco di Rovigno, in Liguria, per imporre ironicamente il divieto di ammalarsi e morire

sul professionista, non mi permetterei mai di dare un giudizio sul suo operato. Il punto è che non sta qui, la sera se ne torna a Genova. L'altro invece abitava da noi e fuori orario era comunque a casa. Questo ci dava sicurezza».

Quanto ci vorrà per avere un dottore a tempo pieno?

«Il direttore della Asl ha detto che faranno il possibile. Io gli metto a disposizione un alloggio del Comune, se vuole vivere qua».

Avete la guardia medica?

«In Val Trebbia non c'è. È a 20 chilometri di strada di montagna dal mio comune, solo nei festivi e nei prefestivi. Ci sono paesi a 10 chilometri da Genova che hanno la guardia tutti i giorni. Anche per questo ho detto che qui non ci si può ammalare e morire».

-m.b.

Cuneo, lettera ai genitori

Gli industriali e la scelta della scuola "Attenti, qui servono tecnici e operai"

PAOLO GRISERI, TORINO

Servono tecnici e operai: «Cari genitori pensateci prima di scegliere l'indirizzo di studi per i vostri figli». È certamente inusuale l'iniziativa di Mauro Gola, presidente degli industriali cuneesi, che ieri ha scritto una lettera aperta alle famiglie che in queste settimane devono scegliere la scuola in cui mandare i figli dopo le medie.

Il responsabile degli imprenditori premette che «qualsiasi percorso individuerete, avrete fatto una buona scelta». Entra insomma in punta dei piedi per evitare l'accusa di ingerenza in una decisione che per le famiglie è sempre un momento molto delicato. «È una scelta dalla quale dipenderà gran parte del futuro lavorativo dei vostri figli - scrive Gola - ma spesso viene fatta dando più importanza ad aspetti emotivi ed ideali piuttosto che all'esa-

me obiettivo della realtà». Perché se si vuole adottare un atteggiamento razionale non si può che tenere conto della fotografia del mercato del lavoro. Che il presidente degli imprenditori snocciola ai genitori: «Nel 2017 le aziende cuneesi nel loro complesso hanno manifestato l'intenzione di inserire circa 40 mila nuovi lavoratori. Di questi il 19 per cento sono addetti agli impianti e ai macchinari, il 18 per cento operai specializzati e l'11 per cento tecnici specializzati. Queste sono le persone che troveranno subito lavoro una volta terminato il periodo di studi, le figure professionali di cui le nostre imprese hanno estremo bisogno e che spesso faticano a reperire». Dunque se i genitori sperano che i loro figli possano trovare lavoro vicino a casa, è bene che tengano conto delle esigenze occupazionali delle industrie della zona.

quotidianosanità.it

28 GENNAIO 2018

Ma perché tutti questi numeri insensati sulla sanità? Superficialità o anche interessi? Una cosa è certa: **in sanità bufale e fake news sono particolarmente pericolose**

Dall'invenzione della soglia Oms del 6,5% alle migliaia di morti per malasanità, fino ai milioni di italiani senza cure perché non avrebbero i soldi per pagarsele e alle decine di miliardi per corruzione e medicina difensiva. Unica consolazione, si fa per dire, è che in Italia l'informazione quantitativa è mediamente scadente (non sarà un caso che le Facoltà di Statistica hanno visto un calo di iscritti che le ha relegate a Dipartimenti di altre branche): quindi ci sta che qualche volta la lettura superficiale sia certamente stata fatta in buona fede. Ma il danno resta

Per chi come il sottoscritto (e tutto il team di C.R.E.A. Sanità) non fa praticamente mai "notizia" sui media con le proprie ricerche, l'articolo a firma [Giovanni Rodriguez su QS](#) "Rischi per la salute sotto il 6,5% del Pil? Lo dice l'OMS... ma in realtà non lo ha mai detto" suona consolatorio ... sembra che qualche volta ci sia giustizia di una certa eccessiva disinvoltura nell'elargire numeri come fossero dati scientifici incontrovertibili, pur di raggiungere picchi di audience ai più inarrivabili.

A parte l'ironia, che usare l'incidenza di spesa sanitaria sul PIL per definire una soglia di "livello minimo di qualità" sia insensato è talmente ovvio che non varrebbe la pena tornarci su; tanto per dire:

- 1) E' un rapporto quindi dipende dal denominatore... il 6,5% del PIL del Lussemburgo è ben diverso dal 6,5% del PIL del Ghana
- 2) Dipende poi dal potere di acquisto che non è uguale nei Paesi
- 3) A parità di ogni altro dato dipende pure dall'efficienza dei servizi (se sei più "bravo" erogherai più servizi a parità di costo)
- 4) E, sempre a parità di ogni altro dato, dipende pure dalle caratteristiche della popolazione: è ovviamente diverso assistere una popolazione di 80-enni o una di 30-enni
- 5) E poi il dato sbandierato è quello relativo all'incidenza della spesa pubblica... come si fa a non considerare anche quella privata che in Italia, ad esempio, è ormai un quarto del totale?

Si potrebbe continuare ancora, ma il vero contenuto di questa vicenda travalica il "numerello". A ben vedere, negli ultimi mesi/anni, QS e il suo Direttore **Cesare Fassari**, hanno già segnalato altre "incongruenze" nei numeri utilizzati a supporto di tesi più o meno convincenti: quindi il fenomeno è tutt'altro che un caso isolato.

Senza pretesa di esaustività e solo per sorridere, mi vengono in mente la vicenda delle **centinaia di migliaia di morti per eventi avversi in ospedale** (che forse era una mera e acritica estrapolazione di vecchi dati americani su quelli italiani); quella della **crescita del contenzioso** (ricordo che un broker mi mostrò una simpatica raccolta di articoli di giornale in cui, in anni successivi, immancabilmente si titolava "crescita esponenziale dei sinistri sanitari" e poi si diceva che erano arrivati a ... era sempre lo stesso numero!).

Non è male anche la diatriba sui **costi della corruzione**, che sommati a quelli della **medicina difensiva** (mi pare di aver capito che, per qualcuno, che il 70% dei medici avesse dichiarato che a volte faceva scelte condizionate dai rischi di contenzioso sia diventato che il 70% delle prescrizioni erano dovute a "difensivismo") e a qualche altra questione di efficienza... porterebbero il nostro SSN a poter spendere, a parità di servizi, forse meno della metà della presunta "soglia OMS", e senza danni per la qualità dei servizi; come anche bisogna mettersi d'accordo su che vuol dire che la gente rinuncia a curarsi, dove di nuovo ballano numeri a 6 zeri; più di recente ho visto la notizia che ci sono milioni di invalidità in meno per il diabete, che però forse sono minori invalidità in generale, i cui titolari sono (anche) diabetici... e volendo in mezzo c'è stata anche la tentazione di far

capire che l'aspettativa di vita in Italia aveva già iniziato a ridursi... e chi più ne ha più ne metta.

La vera domanda è allora: perché tanta approssimazione? Che la qualità dell'informazione (e forse anche della ricerca) sia calante è probabilmente un fenomeno generalizzato, esasperato dalla crescita dei canali di comunicazione e quindi dall'impossibilità di un "controllo" esaustivo dei contenuti: di certo però **in Sanità le "bufale" sono particolarmente pericolose.**

Quello che personalmente noto è che le fake news reggono su una congiunzione (magari non astrale) di fattori:

- 1) Fa notizia solo ciò che è esasperato (con una forte asimmetria fra le cose negative e quelle positive, dove le seconde fanno notizia solo se sono davvero "uniche").
- 2) L'opinione pubblica tende sempre più a recepire come vero solo quello che è coerente con il proprio "mal di pancia", e sono spariti gli "intellettuali" capaci di far diventare comprensibili le evidenze scomode.
- 3) Mi pare poi di poter anche dire che in Italia conti più un passaggio in televisione che il rischio di perdere la propria reputazione, e questo incentiva a prendersi il rischio di usare dati senza verificarli.
- 4) Aggiungerei che in Italia l'informazione quantitativa è mediamente scadente (non sarà un caso che le Facoltà di Statistica hanno visto un calo di iscritti che le ha relegate a Dipartimenti di altre branche): quindi ci sta che qualche volta la lettura superficiale sia certamente stata fatta in buona fede.
- 5) Va da sé che se poi la lettura superficiale del dato conviene a qualcuno, il processo di diffusione dell'epidemia è molto più rapido.
- 6) E comunque la cultura imperante è quella di un abuso del principio (letto – di nuovo – superficialmente) del "fine che giustifica i mezzi", così che il dato è costruito e strumentalizzato per sostenere una tesi, quando invece il dato dovrebbe servire a verificare le tesi o a proporre di nuove.

Ancora una volta le nostre provinciali diatribe in Sanità sono la cartina al tornasole della Società italiana: basta vedere come è iniziata la campagna elettorale, dove mi pare che nessuno si periti di essere minimamente prudente nello "sparare" numeri e proposte: tanto anche se poi qualcuno controllerà ex post, è ormai "culturalmente acquisito" che sia normale uno iato fra promesse e fatti realizzati.

E' di questi giorni l'invito di varie personalità del settore Sanitario ad una alleanza fra Scienza e Politica: mi pare una buona cosa e però richiede che si abbia voglia di tornare ad un sano understatement, e alla voglia di sedersi intorno ad un tavolo lasciando fuori della porta le idee preconcelte (sia della Politica che degli Scienziati), ragionando con molta pazienza e umiltà su cosa può essere utile, o forse persino necessario, per continuare ad avere un SSN che (con vari difetti non marginali e certamente da eliminare) bene o male assicura a tutti una certa tranquillità, ad un costo molto inferiore a quello degli altri Paesi sviluppati.

E ricordandoci che seppure senza dubbio la Sanità sia un mondo di grandi interessi, è un mondo dove probabilmente non c'è (per usare categorie di fatto obsolete) una idea di destra e una sinistra: c'è solo da valutare quanta e quale copertura Sanitaria deve essere garantita a tutta la popolazione e con quale assetto istituzionale e organizzativo si riesce a realizzarla.

Noi come ricercatori continueremo a evidenziare tutti i caveat ai "numeri" che produciamo, accettando serenamente di avere, di conseguenza, scarso seguito sui media popolari... magari guadagnandoci la tranquillità che se qualche volta sbaglieremo una interpretazione (e in un modo complesso come la Sanità questo più che probabile è certo!), QS ce lo farà certamente notare, ma magari potrà almeno riconoscerci la buona fede per "la lunga militanza professionale".

Federico Spandonaro

Università di Roma Tor Vergata

Presidente CREA Sanità

Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità

quotidianosanità.it

Lunedì 29 GENNAIO 2018

Sette milioni di italiani hanno limitazioni gravi di vista, udito e motorie che spesso sfociano in non autosufficienza. I livelli massimi tra gli over 75 e tra le donne

La situazione fotografata dall'Istat e confrontata con quella degli altri paesi UE. Alle persone gravemente disabilite per vista, udito e capacità motorie si aggiungono poi quasi 22 milioni di persone con handicap meno gravi ma comunque limitativi per la loro vita quotidiana. Ecco tutti i dati.

In Italia nel 2015 c'erano oltre un milione di persone con gravi limitazioni della vista e 8,184 milioni con limitazioni moderate, due milioni di persone con gravi limitazioni dell'udito e altre 8,616 milioni con limitazioni moderate, 3,714 milioni di persone con gravi limitazioni motorie e 4,859 milioni con limitazioni motorie moderate.

In sostanza quasi 7 milioni di persone hanno limitazioni gravi di vista o udito o motorie e altre 21,659 milioni hanno limitazioni moderate in questi ambiti, ma pur sempre limitazioni.

Le gravi sono le porte sulla non autosufficienza.

Il dato sulle limitazioni di vista, udito e motorie lo ha raccolto l'Istat nel [rapporto sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea](#).

Dove spiega che per limitazioni della vista si intende difficoltà a vedere con o senza occhiali. Per limitazioni dell'udito difficoltà a sentire ciò che si dice in una conversazione con un'altra persona in una stanza con o senza rumore avvalendosi anche di apparecchi acustici. Per limitazioni motorie difficoltà a camminare su una superficie pianeggiante per 500 metri oppure a salire una rampa di scale (circa 12 scalini) senza alcun aiuto.

Il livello di difficoltà è valutato secondo una scala a quattro modalità che prevede nessuna difficoltà, qualche difficoltà, molta difficoltà, non è in grado.

E aggiunge che le "gravi limitazioni, in tutti e tre i casi, sono l'insieme delle due ultime modalità illustrate per ogni tipologia di limitazione (quindi molta difficoltà, non è in grado).

Non si parla di handicap vero e proprio quindi, quello che costringe le persone alla sedia a rotelle o rende inutili anche gli ausili per sordo-ciechi, ma di una disabilità comunque grave che limita seriamente la vita di tutti i giorni e rende le persone spesso non autosufficienti.

Quotidiano Sanità ha già pubblicato i capitoli del rapporto relativi alle [malattie croniche e l'assistenza domiciliare](#), alle [cure dentali](#), al [ricorso a medici di famiglia e specialisti](#), quella sui [motivi delle rinunce alle cure](#), l'analisi di [quanti italiani soffrono di dolore fisico](#), quella di chi ha la percezione di un [sostegno sociale](#) debole, intermedio o forte da parte delle persone che lo circondano, quella degli [incidenti domestici e stradali](#), quella di quanti [caregivers](#) assistono i propri familiari o altre persone e la statistica della [non autosufficienza nelle attività quotidiane e domestiche](#) che rappresentano un vero e proprio handicap per il 10% degli italiani ultrasessantacinquenni.

Vista

Rispetto agli altri Paesi della Ue-28, l'Italia si colloca a metà classifica per numero di persone con gravi limitazioni della vista (1,9-2% contro una media Ue-28 del 2,1% e con il Portogallo al 4,3% e sul versante opposto Malta allo 0,9%).

Le percentuali aumentano significativamente con l'aumentare dell'età e per gli over 65 diventano il 5,6% (media Ue-28 5,6%) e tra gli ultrasettantacinquenni l'8,8% (media Ue-28 8,7%).

In realtà, analizzando in particolare il nostro Paese, i dati mostrano che tra 65 e 74 anni la percentuale di chi ha gravi disturbi di vista è del 2,1%, mentre se si considera una fascia più larga di età, sempre a partire dai 65 anni in su, si raggiunge il 5,4% e se si parte dai 75 anni in su si arriva all'8,6 per cento.

Ovvia la constatazione che l'aumento dell'età è determinante per il peggioramento (grave) della vista che ad esempio nella fascia di età 15-44 anni è grave solo per lo 0,4% della popolazione.

In questo caso è presente anche una certa differenza di genere: mentre negli uomini, ad esempio over 75, la percentuale di chi presenta limitazioni gravi nella vista è del 5,3%, nelle donne raddoppia e raggiunge il 10,7 per cento.

A livello di Regioni, la percentuale maggiore di chi presenta limitazioni gravi alla vista è in Calabria (3,1% dai 15 anni in su e 9,1% dai 65 anni in su). Ma questa situazione si ripete per aree geografiche al Sud (2,4% per gli over 15 e 7% per gli over 65).

Le percentuali maggiori di limitazioni gravi alla vista, infine, sono state rilevate nelle aree scarsamente popolate: dai 15 anni in su 2,7% e dai 65 anni in su 7,3 per cento.

Persone di 15 anni e più con gravi limitazioni nella vista, per sesso, classe di età e paese dell'Unione europea (Ue28) (per 100 persone con le stesse caratteristiche) (a)

PAESI	MASCHI E FEMMINE				
	15-64	65-74	75 e più	65 e più	Totale
Italia	0,8	2,2	8,8	5,6	2,0
Ue 28	1,1	2,9	8,7	5,6	2,1
Portogallo	2,5	7,8	12,6	10,1	4,3
Polonia	1,5	6,5	15,4	10,5	3,2
Croazia	1,5	3,9	12,8	8,1	2,9
Lettonia	1,0	4,3	13,0	8,4	2,7
Lussemburgo	2,6	1,9	5,4	3,2	2,7
Ungheria	1,7	3,8	9,1	6,0	2,6
Slovenia	1,3	3,5	11,1	7,1	2,5
Francia	1,4	3,1	9,5	6,1	2,4
Estonia	0,8	4,4	11,1	7,6	2,3
Grecia	0,7	4,3	9,6	7,0	2,3
Bulgaria	0,9	4,1	9,6	6,2	2,1
Lituania	0,9	3,7	9,0	6,3	2,1
Spagna	1,0	3,3	9,6	6,3	2,1
Cipro	0,9	5,0	13,8	8,5	2,0
Repubblica Ceca	0,9	2,7	11,3	6,1	2,0
Finlandia	1,2	1,9	7,4	4,2	1,9
Romania	0,5	3,2	9,6	6,2	1,6
Svezia	1,1	1,5	5,8	3,3	1,6
Austria	0,8	1,6	5,9	3,5	1,4
Germania	0,7	1,6	5,7	3,6	1,3
Regno Unito	0,8	1,2	4,0	2,4	1,1
Slovacchia	0,5	2,2	6,8	4,0	1,1
Danimarca	0,7	0,7	4,3	2,2	1,0
Irlanda	0,6	1,0	3,8	2,1	0,9
Malta	0,6	2,1	2,1	2,1	0,9
Belgio	-	-	-	-	-
Olanda	-	-	-	-	-

Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute; Eurostat database

(a) L'indicatore è calcolato escludendo i missing. I dati mancanti contrassegnati con "-" non sono significativi.

Persone di 15 anni e più per gravità delle limitazioni nella vista, sesso e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche e dati in migliaia)

SESSO CLASSI DI ETÀ	Limitazioni nella vista (a)				Limitazioni nella vista (a)				Totale
	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato	
MASCHI									
15-44	90,1	5,0	-	-	9824	546	-	-	10903
45-64	77,2	17,8	1,0	4,0	6542	1507	88	338	8475
65-74	74,4	20,0	1,6	4,0	2275	613	49	121	3059
75 e più	61,0	31,2	5,3	2,5	1608	824	141	65	2638
65 e più	68,2	25,2	3,3	3,3	3883	1437	190	186	5697
Totale	80,8	13,9	1,3	4,1	20249	3489	315	1021	25074
FEMMINE									
15-44	87,3	7,9	0,5	4,4	9340	845	49	466	10699
45-64	75,7	18,1	1,5	4,6	6713	1607	133	408	8863
65-74	70,9	22,8	2,6	3,8	2429	780	89	130	3428
75 e più	49,2	36,5	10,7	3,6	1971	1462	428	143	4005
65 e più	59,2	30,2	7,0	3,7	4400	2242	517	273	7433
Totale	75,8	17,4	2,6	4,2	20453	4694	700	1147	26994
MASCHI E FEMMINE									
15-44	88,7	6,4	0,4	4,5	19163	1390	85	963	21601
45-64	76,5	18,0	1,3	4,3	13256	3113	222	746	17338
65-74	72,5	21,5	2,1	3,9	4704	1394	138	251	6487
75 e più	53,9	34,4	8,6	3,1	3579	2287	569	208	6643
65 e più	63,1	28,0	5,4	3,5	8283	3681	707	459	13130
Totale	78,2	15,7	1,9	4,2	40703	8184	1015	2168	52069

(a) I dati mancanti contrassegnati con "-" non sono significativi

Persone di 15 anni e più e 65 anni e più per gravità delle limitazioni nella vista, regione, ripartizione geografica e grado di urbanizzazione (per 100 persone con le stesse caratteristiche)								
REGIONI	Limitazioni nella vista (a)				Limitazioni nella vista (a)			
	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato
15 ANNI E PIÙ				65 ANNI E PIÙ				
Piemonte	79,5	15,2	1,8	3,5	67,6	24,5	5,1	2,9
Valle d'Aosta	79,8	12,5	-	-	61,4	21,0	-	-
Liguria	82,7	13,2	-	-	71,7	23,0	-	-
Lombardia	80,3	14,3	1,3	4,1	69,8	23,0	3,4	3,8
Trentino - Alto Adige	78,8	13,0	1,5	6,7	68,9	24,1	4,8	2,2
Bolzano	77,9	8,6	-	-	72,1	20,1	-	-
Trento	79,7	17,3	-	-	66,0	27,6	-	-
Veneto	79,1	15,6	2,0	3,3	71,0	21,6	5,7	1,7
Friuli-Venezia Giulia	77,0	17,2	2,0	3,8	68,5	23,9	-	-
Emilia-Romagna	78,3	13,4	2,1	6,2	67,9	21,5	5,6	4,9
Toscana	81,6	12,8	1,4	4,2	72,3	20,0	3,9	3,8
Umbria	73,8	21,0	2,3	2,8	59,6	30,7	-	-
Marche	78,9	14,1	2,7	4,2	66,5	23,4	7,8	2,3
Lazio	75,6	17,6	2,3	4,5	54,9	34,3	7,1	3,7
Abruzzo	77,1	17,2	2,3	3,4	57,3	32,9	-	-
Molise	71,5	22,7	-	-	52,3	41,9	-	-
Campania	78,4	16,4	1,9	3,3	51,5	39,7	5,4	3,4
Puglia	78,2	15,3	2,9	3,7	56,7	31,7	9,0	2,6
Basilicata	72,4	21,4	-	-	47,8	46,3	-	-
Calabria	76,1	17,7	3,1	3,1	48,6	40,4	9,1	1,9
Sicilia	74,1	18,0	1,9	6,0	54,2	35,1	4,4	6,3
Sardegna	75,3	19,2	2,3	3,1	60,0	31,7	-	-
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE								
Nord-ovest	80,4	14,4	1,4	3,8	69,3	23,4	3,8	3,5
Nord-est	78,5	14,7	2,0	4,8	69,3	22,0	5,6	3,1
Centro	77,8	15,9	2,1	4,2	62,7	27,7	6,1	3,5
Sud	77,5	16,7	2,4	3,5	53,1	37,0	7,0	2,9
Isole	74,4	18,3	2,0	5,3	55,7	34,2	4,7	5,4
GRADO DI URBANIZZAZIONE								
Area densamente popolata	78,5	15,6	2,0	3,9	61,4	29,9	5,3	3,4
Area mediamente popolata	79,5	14,7	1,5	4,3	66,8	25,3	4,2	3,8
Area scarsamente popolata	75,5	17,6	2,7	4,2	59,5	30,0	7,3	3,2
Italia	78,2	15,7	1,9	4,2	63,1	28,0	5,4	3,5

(a) I dati mancanti contrassegnati con "-" non sono significativi.

Udito

Nell'Ue-28 il dato italiano delle limitazioni gravi combacia esattamente con la media di tutti i Paesi: 4,1 per cento. Il Paese in cui l'udito va peggio è la Finlandia col 4,1% di limitazioni gravi. Al contrario, dove ce ne sono di meno è l'Irlanda che si ferma all'1,3 per cento.

Anche in questo caso, come per la vista, il dato peggiora in modo sostanziale con l'età, tanto che negli over 75 Italia e media Ue sono al 12,1, quasi il triplo cioè della media di tutte le fasce di età e, comunque, quasi dieci volte di più della fascia 15-64 anni (1,3% per l'Italia, 1,9% per l'Ue-28).

La conferma dell'importanza dell'età nel determinare la limitazione è data dalla rilevazione che l'Istat ha

eseguito a livello del nostro Paese. Ad esempio la differenza – sempre parlando di limitazioni gravi – tra la fascia di età 15-44 anni e quella di chi ha oltre 75 anni è estremamente forte: nella prima le limitazioni sono nello 0,6% dei casi, nella seconda nel 18,7%, oltre 31 volte di più, quindi.

Ancora presente una certa differenza di genere, ma meno forte che nella vista: gli uomini over 75 hanno limitazioni gravi dell'udito nel 16,7% dei casi, le donne nel 20 per cento.

Stavolta a livello di Regioni chi sta peggio dai 15 anni in su, m anche dai 65 in su è il Molise che per la prima fascia di età raccoglie il 7% di limitazioni gravi e per la seconda va oltre il triplo al 24 per cento.

A livello di macro aree geografiche invece, per chi ha da 15 anni in poi va peggio al Centro (4,4%) mentre il Sud torna in testa dai 65 anni in su con il 13,2% delle limitazioni gravi. E ancora una volta va peggio nelle aree scarsamente popolate.

Persone di 15 anni e più con gravi limitazioni nell'udito, per sesso, classe di età e paese dell'Unione europea (Ue28) (per 100 persone con le stesse caratteristiche) (a)					
PAESI	MASCHI E FEMMINE				
	15-64	65-74	75 e più	65 e più	Totale
Italia	1,3	5,4	18,9	12,2	4,1
Ue 28	1,9	6,9	18,2	12,2	4,1
Finlandia	4,6	9,8	19,4	13,9	6,8
Francia	3,5	12,3	26,0	18,9	6,8
Svezia	3,6	10,5	23,6	16,4	6,4
Danimarca	4,7	8,3	18,4	12,3	6,3
Slovenia	3,0	9,1	27,4	17,8	6,1
Portogallo	2,8	10,1	22,8	16,4	6,0
Romania	1,5	13,2	30,1	21,0	5,4
Estonia	2,0	10,1	25,1	17,2	5,3
Bulgaria	1,5	9,6	24,1	15,3	4,7
Lussemburgo	3,6	7,6	12,3	9,4	4,5
Spagna	1,7	6,6	20,1	13,1	4,1
Grecia	0,9	6,5	20,3	13,6	4,0
Austria	1,9	6,9	14,5	10,3	3,7
Regno Unito	2,4	6,2	11,6	8,6	3,7
Germania	1,9	5,5	14,9	10,0	3,6
Croazia	1,2	7,4	14,7	10,9	3,4
Lituania	0,7	5,8	20,6	13,1	3,4
Ungheria	1,4	6,0	17,2	10,6	3,3
Lettonia	1,0	5,2	15,7	10,2	3,1
Cipro	0,8	7,3	25,0	14,5	2,9
Malta	1,3	4,8	13,4	8,4	2,7
Repubblica Ceca	0,7	3,8	16,6	8,9	2,4
Polonia	0,7	4,2	14,5	8,8	2,2
Slovacchia	0,6	5,1	14,4	8,9	2,0
Irlanda	0,8	2,5	5,9	3,9	1,3
Belgio	-	-	-	-	-
Olanda	-	-	-	-	-

Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute; Eurostat database

(a) L'indicatore è calcolato escludendo i missing. I dati mancanti contrassegnati con "-" non sono significativi.

Persone di 15 anni e più per gravità delle limitazioni nell'udito, sesso e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche e dati in migliaia)										
SESSO CLASSI DI ETÀ	Limitazioni nell'udito				Limitazioni nell'udito				Totale	
	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato		
MASCHI										
15-44	90,1	5,8	0,7	3,4	9.824	633	79	368	10.903	
45-64	79,7	15,9	2,2	2,2	6.752	1.346	189	188	8.475	
65-74	60,4	32,7	5,3	1,6	1.848	1.001	162	48	3.059	
75 e più	38,9	43,6	16,7	0,8	1.027	1.150	440	22	2.638	
65 e più	50,5	37,8	10,6	1,2	2.875	2.151	602	70	5.697	
Totale	77,6	16,5	3,5	2,5	19.450	4.129	869	626	25.074	
FEMMINE										
15-44	90,3	6,5	0,5	2,7	9.665	692	49	294	10.699	
45-64	80,6	14,4	2,2	2,9	7.144	1.272	191	254	8.863	
65-74	65,3	27,3	5,3	2,1	2.239	938	180	71	3.428	
75 e più	38,8	39,6	20,0	1,6	1.555	1.585	800	65	4.005	
65 e più	51,0	33,9	13,2	1,8	3.794	2.523	980	136	7.433	
Totale	76,3	16,6	4,5	2,5	20.603	4.487	1.220	684	26.994	
MASCHI E FEMMINE										
15-44	90,2	6,1	0,6	3,1	19.487	1.323	128	662	21.601	
45-64	80,2	15,1	2,2	2,5	13.897	2.619	380	442	17.338	
65-74	63,0	29,9	5,3	1,8	4.087	1.939	342	119	6.487	
75 e più	38,9	41,2	18,7	1,3	2.582	2.734	1.240	87	6.643	
65 e più	50,8	35,6	12,0	1,6	6.669	4.673	1.582	206	13.130	
Totale	76,9	16,5	4,0	2,5	40.053	8.616	2.089	1.311	52.069	

Persone di 15 anni e più e 65 anni e più per gravità delle limitazioni nell'udito, regione, ripartizione geografica e grado di urbanizzazione (per 100 persone con le stesse caratteristiche)									
REGIONI	Limitazioni nell'udito				Limitazioni nell'udito				
	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato	
15 ANNI E PIÙ				65 ANNI E PIÙ					
REGIONI									
Piemonte	75,6	17,8	4,3	2,3	50,2	35,8	12,7	1,3	
Valle d'Aosta	77,7	15,3	-	-	48,3	35,5	-	-	
Liguria	82,4	14,0	1,6	1,9	69,2	25,4	-	-	
Lombardia	78,1	16,1	3,3	2,4	54,9	33,4	9,4	2,3	
Trentino - Alto Adige	79,6	9,8	3,3	7,3	59,0	25,4	12,5	3,1	
Bolzano	73,8	8,2	4,2	13,8	56,2	21,3	15,8	6,7	
Trento	85,2	11,3	-	-	61,5	29,0	-	-	
Veneto	78,9	15,7	3,8	1,6	60,7	27,3	11,5	0,4	
Friuli-Venezia Giulia	75,9	18,5	4,2	1,5	53,5	33,2	11,7	1,7	
Emilia-Romagna	75,6	18,0	4,7	1,7	49,4	35,9	14,2	0,5	
Toscana	79,7	14,0	4,3	2,0	57,3	29,7	12,1	0,9	
Umbria	78,3	14,9	5,1	1,7	59,8	27,6	11,8	0,7	
Marche	76,6	17,7	4,2	1,6	49,3	36,5	12,5	1,7	
Lazio	76,2	16,8	4,4	2,7	43,7	42,6	11,5	2,2	
Abruzzo	74,9	18,2	4,3	2,7	43,1	42,0	13,0	1,9	
Molise	70,4	20,7	7,0	2,0	39,3	35,9	24,0	0,8	
Campania	75,5	17,2	4,6	2,7	40,3	43,3	15,1	1,3	
Puglia	77,2	15,9	3,0	3,9	49,2	39,0	9,3	2,5	
Basilicata	72,5	20,5	3,7	3,3	44,4	40,5	12,8	2,3	
Calabria	74,7	19,2	3,9	2,3	39,8	43,7	14,8	1,6	
Sicilia	76,3	15,9	4,2	3,6	47,0	37,2	14,1	1,7	
Sardegna	73,8	19,2	5,6	1,4	44,9	36,1	18,0	1,0	
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE									
Nord-ovest	77,9	16,3	3,4	2,4	55,2	33,2	9,7	2,0	
Nord-est	77,4	16,4	4,1	2,1	55,2	31,3	12,7	0,8	
Centro	77,5	15,9	4,4	2,3	50,4	36,2	11,9	1,6	
Sud	75,6	17,4	4,0	3,0	43,4	41,6	13,2	1,8	
Isole	75,7	16,8	4,5	3,0	46,4	36,9	15,1	1,5	
GRADO DI URBANIZZAZIONE									
Area densamente popolata	75,9	17,0	4,2	3,0	49,1	37,2	11,6	2,1	
Area mediamente popolata	78,3	15,8	3,6	2,3	53,1	33,9	11,8	1,2	
Area scarsamente popolata	75,8	17,3	4,6	2,3	49,3	36,3	12,9	1,5	
Italia	76,9	16,5	4,0	2,5	50,8	35,6	12,0	1,6	

(a) I dati mancanti contrassegnati con "-" non sono significativi

Limitazioni motorie

In questo caso le percentuali si alzano. A livello Ue l'Italia stavolta va peggio della media Ue-28 con il 7,2% contro il 6,6 per cento. La percentuale di limitazioni motorie è in Ungheria con il 10,7% e quella minore in Danimarca con il 4 per cento.

Anche stavolta però le cose cambiano radicalmente con l'età. La media italiana degli over 75 con gravi limitazioni motorie balza infatti al 36,6% (Ue-28 32,4%), ben cinque volte di più della media di tutte le fasce di età, soprattutto considerando che la percentuale tra 15 e 64 anni si ferma all'1,8% in Italia e stavolta è maggiore nell'Ue-28 con il 2,6 per cento. Come dire che passati i 65 anni in Italia le cose peggiorano drasticamente

rispetto agli paesi Ue.

A livello nazionale si conferma il dato e la fascia oltre i 75 anni supera il 36% di limitazioni motorie gravi contro lo 0,8% di quella 15-44 anni.

Qui la differenza di genere torna a essere marcata. Negli uomini oltre i 75 anni si registrano il 25,6% di limitazioni motorie gravi che diventano alla stessa età il 43,2% nelle donne. Anche nella fascia più bassa di età considerata (15-44) c'è una certa differenza, ma non ancora eccessivamente marcata, tra lo 0,6% dei maschi e lo 0,9% delle femmine.

La Regione con la percentuale maggiore di limitazioni motorie gravi è l'Umbria, quindi stavolta non al Sud. Ma dai 15 anni in su, perché dopo i 65 anni il primato torna al Meridione con il 31,3% della Sicilia e, in assoluto, sia dai 15 anni in su che dai 65 per aree geografiche il Sud è in testa rispettivamente con l'8,4 e il 29,2 per cento.

A livello di urbanizzazione dai 15 anni in su sono ancora le aree scarsamente popolate quelle che hanno la percentuale maggiore di limitazioni gravi (8%), mentre dai 65 anni in su sono quelle più densamente popolate con il 26,1 per cento.

Persone di 15 anni e più con gravi limitazioni motorie, per sesso, classe di età e paese dell'Unione europea (Ue28) (per 100 persone con le stesse caratteristiche) (a)					
PAESI	MASCHI E FEMMINE				
	15-64	65-74	75 e più	65 e più	Totale
Italia	1,8	9,7	36,6	23,3	7,2
UE 28	2,6	11,2	32,4	21,1	6,6
Ungheria	4,7	22,6	49,3	33,7	10,7
Croazia	3,4	22,5	45,2	33,2	10,0
Bulgaria	3,4	20,3	46,3	30,4	9,6
Grecia	2,8	16,5	43,0	30,2	9,5
Regno Unito	5,5	15,9	32,7	23,3	9,2
Lettonia	2,6	14,7	41,5	27,4	8,3
Lituania	2,3	14,0	42,9	28,3	8,0
Estonia	2,7	16,3	38,2	26,7	7,9
Portogallo	2,3	14,2	33,0	23,4	7,3
Slovenia	2,4	12,6	40,2	25,6	7,2
Spagna	2,5	12,3	35,9	23,7	6,9
Polonia	2,3	14,2	40,4	25,9	6,6
Repubblica Ceca	2,1	10,5	40,5	22,4	6,5
Slovacchia	2,8	15,7	34,9	23,4	6,2
Cipro	1,9	17,4	42,9	27,8	5,8
Svezia	2,2	9,3	27,3	17,1	5,7
Romania	1,6	11,6	33,4	21,7	5,6
Francia	1,6	7,5	29,7	18,1	5,2
Finlandia	1,9	6,9	26,4	15,3	5,1
Malta	1,9	8,9	32,0	18,5	5,1
Austria	1,9	9,1	24,6	16,0	4,9
Germania	1,6	6,5	22,1	14,1	4,5
Irlanda	2,2	7,5	25,5	15,0	4,3
Lussemburgo	2,0	7,1	26,2	14,4	4,2
Danimarca	1,6	6,7	20,4	12,2	4,0
Belgio	-	-	-	-	-
Olanda	-	-	-	-	-

Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute; Eurostat database
(a) L'indicatore è calcolato escludendo i missing. I dati mancanti contrassegnati con "-" non sono significativi.

Persone di 15 anni e più per gravità delle limitazioni motorie, sesso e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche e dati in migliaia)

SESSO CLASSI DI ETÀ	Limitazioni motorie				Limitazioni motorie				Totale	
	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato		
MASCHI										
15-44	96,3	1,1	0,6	2,0	10502	115	69	216	10903	
45-64	90,7	5,6	2,4	1,4	7687	471	202	116	8475	
65-74	75,8	15,7	7,2	1,3	2.319	479	221	39	3.059	
75 e più	45,2	28,4	25,6	0,8	1.192	749	675	22	2.638	
65 e più	61,6	21,6	15,7	1,1	3.511	1.228	896	61	5.697	
Totale	86,5	7,2	4,7	1,6	21.701	1.814	1.167	392	25.074	
FEMMINE										
15-44	95,2	2,2	0,9	1,7	10189	234	99	178	10699	
45-64	85,3	9,7	3,5	1,5	7.556	858	314	135	8.863	
65-74	63,8	23,2	11,7	1,3	2.188	795	403	43	3.428	
75 e più	26,7	29,0	43,2	1,1	1.068	1.159	1.731	46	4.005	
65 e più	43,8	26,3	28,7	1,2	3.256	1.954	2.134	89	7.433	
Totale	77,8	11,3	9,4	1,5	21.001	3.045	2.547	402	26.994	
MASCHI E FEMMINE										
15-44	95,8	1,6	0,8	1,8	20691	349	168	394	21601	
45-64	87,9	7,7	3,0	1,4	15.243	1.329	515	251	17.338	
65-74	69,5	19,6	9,6	1,3	4.508	1.273	623	83	6.487	
75 e più	34,0	28,7	36,2	1,0	2.260	1.909	2.407	67	6.643	
65 e più	51,5	24,2	23,1	1,1	6.768	3.182	3.030	150	13.130	
Totale	82,0	9,3	7,1	1,5	42.701	4.859	3.714	795	52.069	

Persone di 15 anni e più e 65 anni e più per gravità delle limitazioni motorie, regione, ripartizione geografica e grado di urbanizzazione (per 100 persone con le stesse caratteristiche e dati in migliaia)								
REGIONI	Limitazioni motorie				Limitazioni motorie			
	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato	Nessuna	Moderata	Grave	Non indicato
15 ANNI E PIÙ					65 ANNI E PIÙ			
Piemonte	83,5	9,0	5,9	1,6	57,3	24,8	16,8	1,1
Valle d'Aosta	82,0	7,7	5,9	4,4	47,3	23,5	20,4	8,8
Liguria	83,8	8,1	6,4	1,7	63,0	19,7	16,7	0,6
Lombardia	84,8	8,3	5,5	1,5	59,1	20,8	18,1	2,0
Trentino - Alto Adige	87,8	5,8	4,3	2,1	66,3	16,6	16,2	0,9
<i>Bolzano</i>	<i>86,7</i>	<i>5,7</i>	<i>4,2</i>	<i>3,5</i>	<i>61,1</i>	<i>21,2</i>	<i>17,6</i>	.
<i>Trento</i>	<i>89,0</i>	<i>5,9</i>	<i>4,3</i>	<i>0,9</i>	<i>70,9</i>	<i>12,5</i>	<i>14,9</i>	<i>1,6</i>
Veneto	86,0	6,8	5,8	1,3	61,7	19,3	18,6	0,4
Friuli-Venezia Giulia	81,9	8,0	8,9	1,1	52,1	19,9	27,1	0,9
Emilia-Romagna	83,0	8,3	7,7	0,9	53,9	22,1	23,9	0,1
Toscana	83,7	7,8	6,5	2,0	59,2	19,6	20,2	0,9
Umbria	80,5	8,7	10,3	0,4	49,7	20,4	29,9	.
Marche	82,0	9,3	7,5	1,2	53,6	21,0	24,0	1,4
Lazio	80,9	10,6	6,4	2,1	45,9	28,8	23,3	2,0
Abruzzo	81,8	10,0	6,6	1,6	47,3	31,2	19,6	1,9
Molise	81,9	11,0	5,7	1,4	51,2	26,6	20,3	1,9
Campania	78,3	11,4	8,9	1,3	36,0	30,0	33,2	0,8
Puglia	79,6	10,0	8,6	1,7	44,3	26,9	28,2	0,5
Basilicata	77,6	13,4	7,4	1,6	43,3	30,9	24,1	1,6
Calabria	78,1	12,2	8,6	1,1	37,6	30,2	31,5	0,7
Sicilia	77,5	11,8	9,0	1,7	38,5	31,3	28,9	1,2
Sardegna	80,8	8,6	9,1	1,5	49,7	20,7	28,3	1,3
RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE								
Nord-ovest	84,3	8,4	5,7	1,5	58,9	21,9	17,5	1,6
Nord-est	84,6	7,4	6,7	1,2	57,8	20,3	21,5	0,4
Centro	81,9	9,4	6,9	1,8	51,8	24,0	22,9	1,4
Sud	79,1	11,0	8,4	1,5	40,7	29,2	29,2	0,9
Isole	78,3	11,0	9,0	1,7	41,4	28,6	28,8	1,2
GRADO DI URBANIZZAZIONE								
Area densamente popolata	80,2	10,3	7,6	1,9	48,2	26,1	24,2	1,5
Area mediamente popolata	84,0	8,2	6,3	1,5	54,7	23,0	21,4	1,0
Area scarsamente popolata	80,8	10,1	8,0	1,2	50,9	23,9	24,4	0,8
Italia	82,0	9,3	7,1	1,5	51,5	24,2	23,1	1,1