



**Informazione on line · a cura dell'Ufficio stampa  
dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello"**

**9 Luglio 2019**

---

**L'Addetto stampa**

**Massimo Bellomo Ugdulena**

DALL'ASSESSORATO

## Sanità, Fials Sicilia: "Soddisfatti per la circolare sulla stabilizzazione dei precari"

08 Luglio 2019



Publicata dall'Assessorato alla Salute la circolare attuativa sulle indicazioni da fornire agli enti sanitari per avviare le procedure di stabilizzazione del personale precario.

La Fials Sicilia esprime soddisfazione: "Con questa circolare – spiega il segretario regionale della Fials, Sandro Idonea – sull'applicazione delle procedure di reclutamento straordinario del 'precariato storico' tra Lsu, Puc e Asu, si pone la parola fine ad una delle pagine più sofferte e complicate della sanità siciliana".

PUBBLICITÀ

inRead invented by Teads

Il sindacato, spiega Idonea, "ha motivo di ritenere che il momento più delicato nell'applicazione della circolare debba essere individuato nella redazione dei piani di fabbisogno di personale, qualitativi e quantitativi, che i direttori generali delle aziende interessate saranno chiamati a formalizzare, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa, a

cominciare dal coinvolgimento dei dirigenti apicali, responsabili delle unità operative che svolgono un ruolo fondamentale nella predisposizione del piano del fabbisogno".

Idonea quindi chiarisce: "Non c'è dubbio, al riguardo, che il personale precario del sistema sanitario ha svolto e continua a svolgere, da oltre un ventennio, compiti essenziali alla macchina organizzativa delle aziende sanitarie, ragion per cui il sindacato si augura che, in nome di una 'riformulazione del fabbisogno di personale', non vengano sacrificate competenze, attività e professionalità di lavoratori che, ad oggi, costituiscono un patrimonio ed una risorsa per la sanità siciliana. Sarebbe assai strano che un direttore generale, nella fase conclusiva della vicenda risolta brillantemente dall'attuale governo, dichiarasse di non volersi più avvalere dei precari storici e delle attività svolte dagli interessati, ritenendole superflue e superate".

"Del resto - conclude -, nell'attuale fase di gestione del personale, le dotazioni organiche costituiscono uno strumento flessibile, soggetto a modifiche ed integrazioni per fare fronte alle continue e mutevoli esigenze delle aziende".

© Riproduzione riservata

TAG: ASSESSORATO ALLA SALUTE, CIRCOLARE, FIALS SICILIA

PERSONE: SANDRO IDONEA

## TI POTREBBERO INTERESSARE

Raccomandato da

Sponsor

**Il vero prezzo dei montascale potrebbe sorprenderti**  
(app.myfinancetoday.com)

Sponsor

**Saldi : È il momento di coccolarti: -20% su tutto il sito\* e un'offerta speciale su una selezione di prodotti**  
(Clarins)

Sponsor

**BMW X7 Pick-up - Se alla Suv aggiungi un cassone**  
(Quattroruote)

Sponsor

**Con Get&drive, Mazda CX-3 tua pagando la metà.**  
Mazda

Sponsor

**Viaggio nei giardini d'Europa**  
CONSORZIO RESIDENZE REALI

Sponsor

**Rimettersi in forma: 5 consigli per tornare al top**  
AIA

**Palermo, i due giovani morti in un incidente a Monte Pellegrino: tragedia senza responsabili**

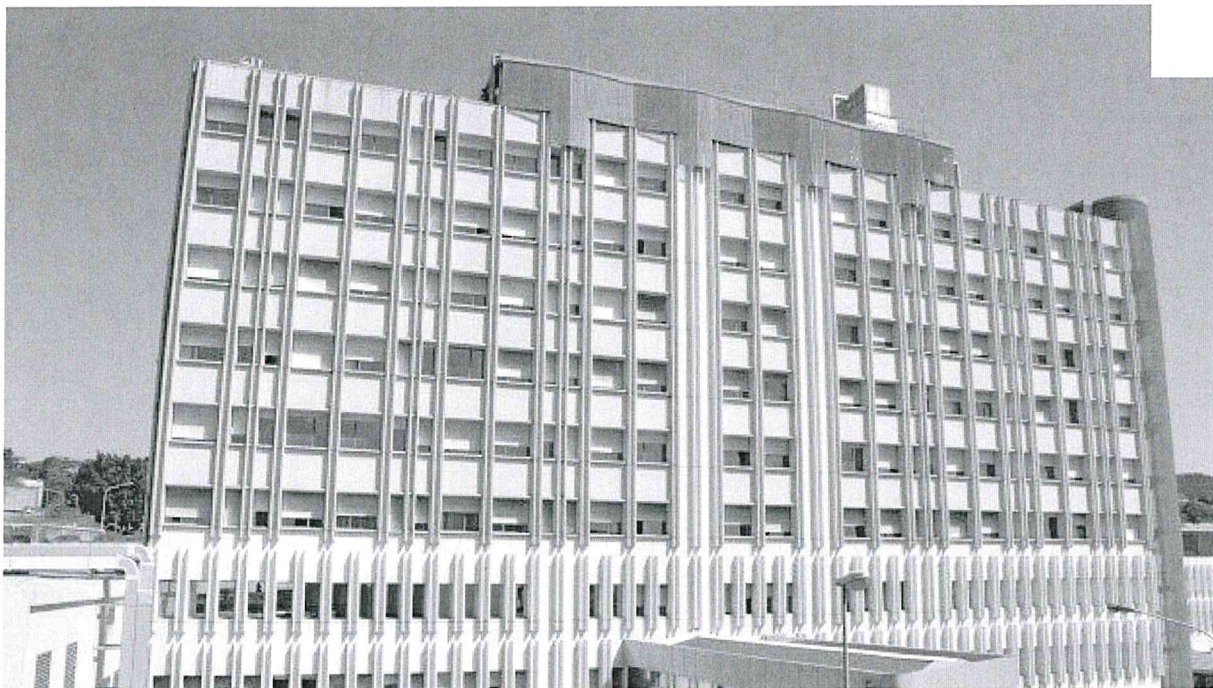
**Mafia a Palermo, la rapina non autorizzata alla sala bingo e il bottino restituito**

**Catania, retata contro la mafia nel quartiere Librino: 25 misure cautelari**

LE NOMINE

## Ospedale Cannizzaro di Catania, insediati i nuovi direttori amministrativo e sanitario

08 Luglio 2019



L'ospedale Cannizzaro di Catania

Nuove nomine all'ospedale Cannizzaro di Catania. Con l'insediamento del direttore amministrativo, Giuseppe Modica, dopo quello sanitario, Diana Cinà, si è completato il rinnovo della Direzione strategica dell'Azienda ospedaliera per l'emergenza. Col Direttore generale Salvatore Giuffrida saranno in carica per il prossimo triennio.

La dottoressa Cinà, medico chirurgo specializzato in Igiene e Medicina Preventiva, in Immunoematologia e Trasfusione e in Biochimica Clinica, dal 2003 è direttore dell'Unità operativa complessa di Patologia clinica dall'Arnas Garibaldi, ora in aspettativa. Aveva, aveva lavorato come dirigente medico nell'Uoc di Patologia clinica al Cannizzaro.

PUBBLICITÀ

inRead invented by Teads

E' docente esterno del dottorato di ricerca di Scienze oncologiche dell'università di Catania. Giuseppe Modica, già direttore amministrativo dell'Azienda ospedaliero-universitaria Paolo Giaccone di Palermo e componente del

Consiglio di amministrazione della Fondazione Giglio di Cefalù, è un manager che ha rivestito vari incarichi di vertice in primarie società pubbliche e private, tra i quali quello di Presidente del Cdac delle società Amat (trasporto pubblico) e Gesap (gestione aeroporto) di Palermo.

E' stato anche dirigente amministrativo del Comune di Palermo. "Nell'individuazione dei direttori sanitario e amministrativo - spiega il Dg Giuffrida - ho ritenuto, in linea con le indicazioni dell'assessore alla Salute, di privilegiare profili con elevata esperienza maturata in posizione apicale e in attività di coordinamento. La dottoressa Cinà e il dottore Modica, professionisti di comprovata capacità e massima competenza, sapranno offrire il più valido contributo allo sviluppo dell'Azienda Ospedaliera Cannizzaro e al raggiungimento degli obiettivi assegnati, funzionali al miglioramento del Servizio Sanitario Regionale".

© Riproduzione riservata

PERSONE: GIUSEPPE MODICA, SALVATORE GIUFFRIDA

## TI POTREBBERO INTERESSARE

Raccomandato da

Sponsor

**1 linea telefonica non ti basta? Ecco l'offerta per la tua azienda**  
(www.fastweb.it)

Sponsor

**Azioni Poste Italiane: un investimento di 100€ che potrebbe renderti finanziariamente indipendente**  
(preg.fortissio.com)

Sponsor

**Guarda cosa dovrebbero costare gli apparecchi acustici invisibili**  
(Hearing Aids| Sponsored Listings)

Sponsor

**Con Get&drive, Mazda CX-3 tua pagando la metà.**  
Mazda

Sponsor

**La suzione: è essenziale per il neonato, già durante i 9 mesi.**  
Artsana

Sponsor

**Viaggio nei giardini d'Europa**  
CONSORZIO RESIDENZE REALI

**L'ex rosanero Andrea Rispoli e Nadine Casa si sono sposati: grande festa a Bagheria - Foto**

**Cassiera malata e con un figlio licenziata, l'azienda ritira il provvedimento**

**Mafia a Palermo, la rapina non autorizzata alla sala bingo e il bottino restituito**

## Palermo, dipendente della Seus fuori dal servizio soccorre e salva una donna

[insanitas.it/palermo-dipendente-della-seus-fuori-dal-servizio-soccorre-e-salva-una-donna/](https://insanitas.it/palermo-dipendente-della-seus-fuori-dal-servizio-soccorre-e-salva-una-donna/)

di Redazione

July 9, 2019



«Esprimo il mio più sentito apprezzamento nei confronti del dipendente SEUS **Mario Manzo** il quale, libero dal servizio, ha prestato il primo soccorso con competenza ed efficacia a una signora che presentava **improvviso malore**, attivando la Sala Operativa del 118 e gestendo con **professionalità** la scena fino all'arrivo del mezzo di soccorso. In qualità di Responsabile della Centrale Operativa ho ricevuto ringraziamenti ed espressioni di stima nei confronti di tutto il sistema 118 e del Sig. Manzo da parte dei familiari della paziente».

Così afferma **Marco Palmeri** (U.O.C. SUES 118 bacino PA-TP e Responsabile Sala operativa e Referente Regionale Emergenza NBCR) in una nota inviata alla **Seus** e a **Confintesa Sanità**.

Lo fanno sapere **Domenico Amato** e **Antonio Russo** (rispettivamente Segretario Regionale di Confintesa Sanità Sicilia e Segretario Generale Confintesa Sicilia), sottolineando: «Ci associamo alle parole di stima del Dr. Palmeri, non soltanto perché Mario Manzo è il nostro Coordinatore Regionale Confintesa 118 Sicilia, ma anche e soprattutto per il gesto civico di primordine che il collega ha posto in atto in quel giorno, in cui con umiltà e professionalità ha salvato una vita umana, gesto che non ha, a nostro parere, eguali nelle azioni lodevoli che possono essere compiute durante la nostra vita».

**Nella foto, da sinistra:** Antonio Russo, Mario Manzo e Domenico Amato.

# Continuità assistenziale, Italia a macchia di leopardo

Redazione 8 luglio 2019



Il 3 e 4 luglio a Roma alcune centinaia di operatori del settore hanno affollato le sessioni del "Long Term Care Four", iniziativa di analisi e dibattito sulla continuità assistenziale e sulla sua fondamentale funzione nell'economia del "sistema salute" del nostro Paese.

Presso la sede del Ministero della Salute all'Eur si è ragionato di come la continuità assistenziale, per una popolazione sempre più anziana, debba essere sviluppata al meglio, anche per prevenire i sovracosti di cittadini che avranno sempre più necessità di cure mediche.

Basti pensare che se la spesa sanitaria incide per circa il 7% sul totale del Pil del nostro Paese, si stima che la long term care pesi per l'1,1% del Pil: si tratta di cifre impressionanti.

E si dovrebbe passare dalla logica passiva della spesa a quella attiva dell'investimento, per stimolare una benefica inversione di tendenza.

Si è trattato di una due giorni di riflessione e confronto sulle migliori soluzioni socio-sanitarie da adottare, guardando sia a quanto si sta facendo in altri Paesi europei come Francia, Germania, Inghilterra, Belgio, sia andando ad analizzare il livello di sviluppo della continuità assistenziale in Italia.

In questo contesto altamente qualificato anche in termini scientifici, è stata presentata la prima indagine sulla continuità assistenziale in Italia curata per Italia Longeva – il network di operatori e studiosi dedicato all'invecchiamento, promosso dal Ministero della Salute, dalla Regione Marche e dall'Irccs Inrca – da Davide Vetrano, geriatra dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e ricercatore al Karolinska Institutet di Stoccolma, in collaborazione con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.



La tematica della continuità assistenziale è questione essenziale e strategica, sia in termini sanitari specifici sia in termini socio-economici generali, ancor più se si considera che l'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo, caratterizzato da una presenza massiccia di anziani: 1 italiano su 4 ha più di 65 anni d'età, mentre sono oltre 2 milioni gli anziani di età superiore a 85 anni.

L'Italia è ai primi posti in Europa, superando anche la Germania, per la crescita dell'indice di vecchiaia: il rapporto tra gli anziani (65 anni e più) e i giovani (meno di 15 anni), stando ai dati Istat, ha raggiunto quota 168,9, un valore altissimo se raffrontato a quello di altre realtà.

«Una presenza così significativa di anziani corrisponde purtroppo a situazioni di cronicità, spesso plurime, multimorbilità e ridotta autosufficienza, mettendo a dura prova i costi sanitari nel settore pubblico e in quello privato», ha sostenuto Fiammetta Fabris, amministratore delegato di UniSalute. «La durata media di uno stato di non autosufficienza va dai 18 mesi per alcune inabilità di tipo fisico ai 12 anni per deficit mentali come l'Alzheimer, mentre il costo del ricovero in casa di cura si aggira in media sui 2-3 mila euro mensili. È impensabile che i singoli privati o il sistema pubblico si facciano carico integrale, da soli, di una spesa del genere, quindi occorre pensare a maggiori sinergie tra sanità pubblica e privata».

Per quanto attiene alla gestione delle patologie croniche, UniSalute (Gruppo Unipol) ha di recente attivato un sistema di monitoraggio a domicilio per diabete, ipertensione e altre malattie croniche.

Appositi device rilevano i parametri e li trasmettono alla centrale UniSalute, così che medici e infermieri possano intervenire in caso di necessità.



Proprio in questi giorni è partita la prima collaborazione pubblico privato sul territorio dell'Ats Brianza: circa 200 pazienti della provincia di Lecco con ipertensione e scompenso cardiaco hanno già ricevuto gratuitamente a casa loro un kit di tele-monitoraggio per la rilevazione periodica dei parametri clinici connessi alla loro patologia, coinvolgendo anche i medici di medicina generale.

Come si evince da questo esempio virtuoso, la continuità assistenziale dovrebbe rappresentare la risposta passe-partout, prendendosi cura dei pazienti nell'iter ospedale, casa, territorio e non lasciandoli mai soli. Il tutto con benefici su più fronti: il paziente, che si sente "curato" potendo restare tra le pareti domestiche; il sistema sanitario, che non viene stressato da una richiesta eccessiva di intervento diretto.

Una dinamica sana di assistenza domiciliare consente di ridurre il sovraffollamento degli ospedali e il cittadino anziano non deve ricorrere al Pronto Soccorso per qualsiasi piccola emergenza.

Il presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, Pierpaolo Sileri, ha sostenuto: «è stato varato ed è in via di sviluppo il Piano Nazionale per la Cronicità, che ha riscontrato, anche a livello regionale, grandi esperienze. Appaiono indispensabili le integrazioni tra gli interventi sanitari e quelli socioassistenziali, fra i setting di cura e le prestazioni offerte da tutti gli specialisti, al fine di gestire al meglio e offrire i servizi più adeguati a chi necessita di long term care».

Lo sviluppo di un sistema razionale e organico di assistenza continuativa a domicilio consente risparmi enormi all'economia del sistema sanitario, liberando risorse che possono essere allocate meglio, a beneficio di tutta la cittadinanza, e non soltanto di quella anziana.

La rete dell'assistenza a lungo termine agli anziani, per funzionare bene, deve però disporre di servizi di assistenza domiciliare e di residenzialità assistita che siano adeguati e diffusi sul territorio. Questi servizi rappresentano uno dei pilastri sui quali si fondano sostegno e cure offerte agli anziani eppure risultano ancora carenti rispetto ai 14 milioni di anziani residenti in Italia.

Lo evidenziano i dati del Ministero della Salute, che ha ricalcolato al ribasso il numero dei cittadini che nel 2018 hanno beneficiato di questi servizi: solo il 2 % degli over-65 è stato accolto in Rsa e solo 3 anziani su 100 hanno ricevuto cure a domicilio.

La quasi totalità degli anziani finisce quindi per "stressare" il sistema sanitario, tra pronto soccorso e ospedali, venendosi a determinare un collo di bottiglia che produce deficit funzionali e overdose di richieste.

Rispetto ai processi ADI e RSA, si registrano peraltro incredibili divari regionali: in Molise e in Sicilia più del 4 % degli anziani può contare sull'ADI, mentre in Calabria e Valle d'Aosta si stenta ad arrivare all'1%.

## L'impegno dell'OMS e della Commissione Europea

A livello internazionale, una delle sfide più importanti che alcuni sistemi sanitari si sono posti è proprio riorganizzare il sistema della long-term care e fare dell'integrazione dei servizi il processo-chiave per migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria, l'accessibilità, l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del sistema.

Si tratta di una sfida sostenuta dall'OMS e dalla UE, tramite un approccio organico al sistema salute nella sua globalità, per fare in modo che i diversi settori, le istituzioni e gli erogatori dei servizi lavorino simultaneamente e in modo integrato; un percorso che mira ad assi

Impostazioni sulla privacy



nuovo equilibrio tra ospedale e territorio, valorizzando il ruolo della famiglia e della comunità, cercando di incrementare le cure domiciliari che rappresentano l'intervento preferibile per il paziente.

Molto spesso si tratta di trovare soluzioni che travalichino i servizi sanitari "puri", in un mix virtuoso con il sociale e i servizi di supporto per le famiglie dei pazienti. La complessiva dimensione sociale si intreccia con quella specificamente medico-sanitaria.

Si tratta di un approccio culturale nuovo, volto a un cambiamento sostanziale di paradigma, che va a ri-orientare il modello assistenziale, finora focalizzato sulla fase acuta e sulla guarigione da una malattia, su un impegno sinergico di persone coinvolte nel fornire assistenza continua e appropriata per garantire una migliore qualità della vita.

Nella riorganizzazione dei servizi assistenziali, la Commissione Europea reputa cruciale la digitalizzazione, tematica alla quale l'incontro romano ha dedicato una specifica stimolante sessione.

## La situazione italiana

La situazione italiana evidenzia carenze, in alcune aree, gravi.

L'autonomia delle Regioni in materia di salute determina, anche in questo caso, sperequazioni, asimmetrie, contraddizioni interne al sistema-Paese e si registra una situazione di forte variabilità regionale: a fronte al già citato dato complessivo nazionale medio di 2,7% di over 65 riceventi ADI nel 2018 e 2,2% residenti in RSA, le percentuali variano notevolmente nei diversi contesti.

In relazione all'ADI i volumi massimi di attività sono stati riscontrati in Molise (4,7%), Sicilia (4,0%) ed Emilia Romagna (3,6%). Le percentuali più basse, invece, sono state registrate nel Lazio (1,5%), Calabria (1,1%) e Valle D'Aosta (0,2%).

Si tratta di una variabilità simile anche per quanto riguarda gli anziani ospitati in residenze sanitarie assistite. La Provincia Autonoma di Trento risulta essere l'area italiana con la maggior percentuale di persone over 65 in RSA, pari al 9,4% della popolazione anziana, seguita da Lombardia (3,8%) e Piemonte (3,4%).

Al contrario, Molise (0,2 %) e a pari merito Valle d'Aosta e Campania (0,1%) risultano le Regioni con meno anziani residenti in RSA.

Ancora una volta, la fotografia di una Italia a due velocità: avanguardia e retroguardia, casi di eccellenza e situazioni poco meritevoli di attenzione. È questa una delle conseguenze di quella logica di "autonomismo" delle Regioni.

La proposta di "Nuovo Patto per la Salute 2019-2021" prevede l'impegno dello Stato e delle Regioni a promuovere omogeneità nei servizi di assistenza territoriale socio-sanitaria, per superare l'ancora molto marcata variabilità regionale, e rispondere in maniera adeguata a bisogni di salute, caratterizzati dall'aumento delle cronicità, dall'invecchiamento della popolazione e dall'emergere di nuovi bisogni sociali.

In particolare, si prevede l'adozione di un regolamento che definisca gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza socio-sanitaria territoriale, nonché il fabbisogno di assistenza per diversi regimi (domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

La ricerca presentata nell'economia della due giorni romana si è soffermata su 17 tra le esperienze più virtuose messe in campo dalle Aziende sanitarie locali e ospedaliere in 8 Regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana e Umbria), che a vario titolo si sono

distinte per la capacità di garantire al cittadino una buona continuità nell'erogazione di servizi sanitari e assistenziali sia a livello territoriale sia in ospedale.

Nello specifico si tratta di 8 casi di best practices di gestione delle cosiddette dimissioni difficili e 9 modelli efficienti di organizzazione delle reti territoriali.

L'indagine, oltre a descrivere la situazione regionale a livello di reti di servizi territoriali a copertura regionale, si sofferma sull'analisi di 4 tra i percorsi terapeutico-assistenziali più complessi, che riguardano pazienti con demenza, Parkinson, Alzheimer e piaghe da decubito, dai quali emerge l'importanza di disporre di una fitta e ben concertata multidisciplinarietà a livello delle singole Aziende sanitarie.

Nelle buone pratiche di continuità assistenziale analizzate, uno dei protagonisti della rete è il medico di medicina generale, che fa da perno centrale all'interno di una rete organizzativa e di comunicazione che coinvolge diversi attori.

La collaborazione e la comunicazione tra i diversi professionisti diventano quindi i concetti essenziali di questo percorso, atto a facilitare il viaggio del paziente durante i suoi molteplici contatti con la rete territoriale, sgravandolo dalle incombenze legate a prescrizioni, prenotazioni e liste d'attesa.

«La continuità assistenziale è una forma di efficientamento del sistema: un servizio concreto per i cittadini, che tende a una migliore assistenza e alla semplificazione dei processi», ha aggiunto il prof. Bernabei.

Una continuità assistenziale che inizia già in ospedale: «una buona continuità assistenziale si delinea già al "tempo zero", dall'arrivo in Pronto Soccorso. Quando il paziente esce dall'ospedale non è abbandonato a sé stesso, con tutti i relativi oneri burocratici, ma c'è qualcuno che gli semplifica la vita nel rientro in comunità. È il sistema che agisce in una logica proattiva, predisponendo, per esempio, il trasferimento presso strutture riabilitative e RSA, attivando l'assistenza domiciliare, senza che sia il paziente a dover rincorrere uffici comunali e consorzi, o ancora dando all'anziano la possibilità di ricevere farmaci e ausili a domicilio, e prenotare visite di controllo da remoto».

## L'importanza dello sviluppo digitale

Una questione nodale, essenziale e strategica, sulla quale molti dei relatori intervenuti si sono soffermati, è l'importanza imprescindibile dello sviluppo dell'ICT, ovvero della digitalizzazione del settore, un ambito nel quale purtroppo l'Italia riscontra un forte ritardo, anche a causa di una forte carenza di investimenti.

Il forum romano ha presentato – nella stimolante sessione dedicata al digitale – esperienze eccellenti, come il progetto di Parco della Salute e del Benessere, che sta promuovendo l'Asl 1 di Roma, avvalendosi di evolute tecnologie digitali. Ci sono esperimenti interessanti, anche in Italia, in materia di monitoraggio delle patologie diabetiche, ma anche di tempestiva segnalazione di arresti cardiaci.

Si deve passare dalla fase – purtroppo spesso ancora prevalente – del "gadget" paramedico a quella del "dispositivo medico" vero e proprio, ma purtroppo esistono ancora poche evidenze empiriche: i protocolli di ricerca sull'applicazione delle tecnologie digitali alla medicina sono ancora rari e metodologicamente difformi, e questo deficit determina un ritardo nella diffusione (non soltanto nel nostro Paese).

Il digitale in sanità gioca comunque un perno cruciale, perché può contribuire a garantire percorsi più adeguati ai pazienti, un'assistenza più sicura, un sistema di comunicazione in rete tra i diversi professionisti della sanità, un guadagno di efficienza, un'ottimizzazione nell'erogazione dei servizi e un miglioramento della gestione delle patologie croniche.

In questo senso il nostro Sistema Sanitario Nazionale – che resta un fiore all’occhiello a livello mondiale, soprattutto per il suo carattere universalistico – dovrà quanto prima mettere in atto un cambio di passo, riallineandosi con quanto stanno facendo i Paesi europei più avanzati, sempre restando Israele il benchmark a livello planetario (con processi di assistenza domiciliare molto sviluppati, un efficace sistema informativo digitale del sistema sanitario, e quindi ospedali e pronto soccorso poco affollati...).

In alcuni Paesi si sta affermando addirittura un nuovo concetto di medicina, quasi una nuova scienza: la “deep medicine”, che con approccio olistico intende agire anche sui fattori sociali delle patologie, utilizzando i big data per analizzare e gestire al meglio i processi.

*Elena D’Alessandri*

# quotidianosanità.it

Lunedì 08 LUGLIO 2019

## **Dati OCSE 2019.** Spesa sanitaria italiana sotto di 564 dollari procapite rispetto alla media (-493 quella pubblica). Sono invece sopra la media, la spesa privata e quella farmaceutica

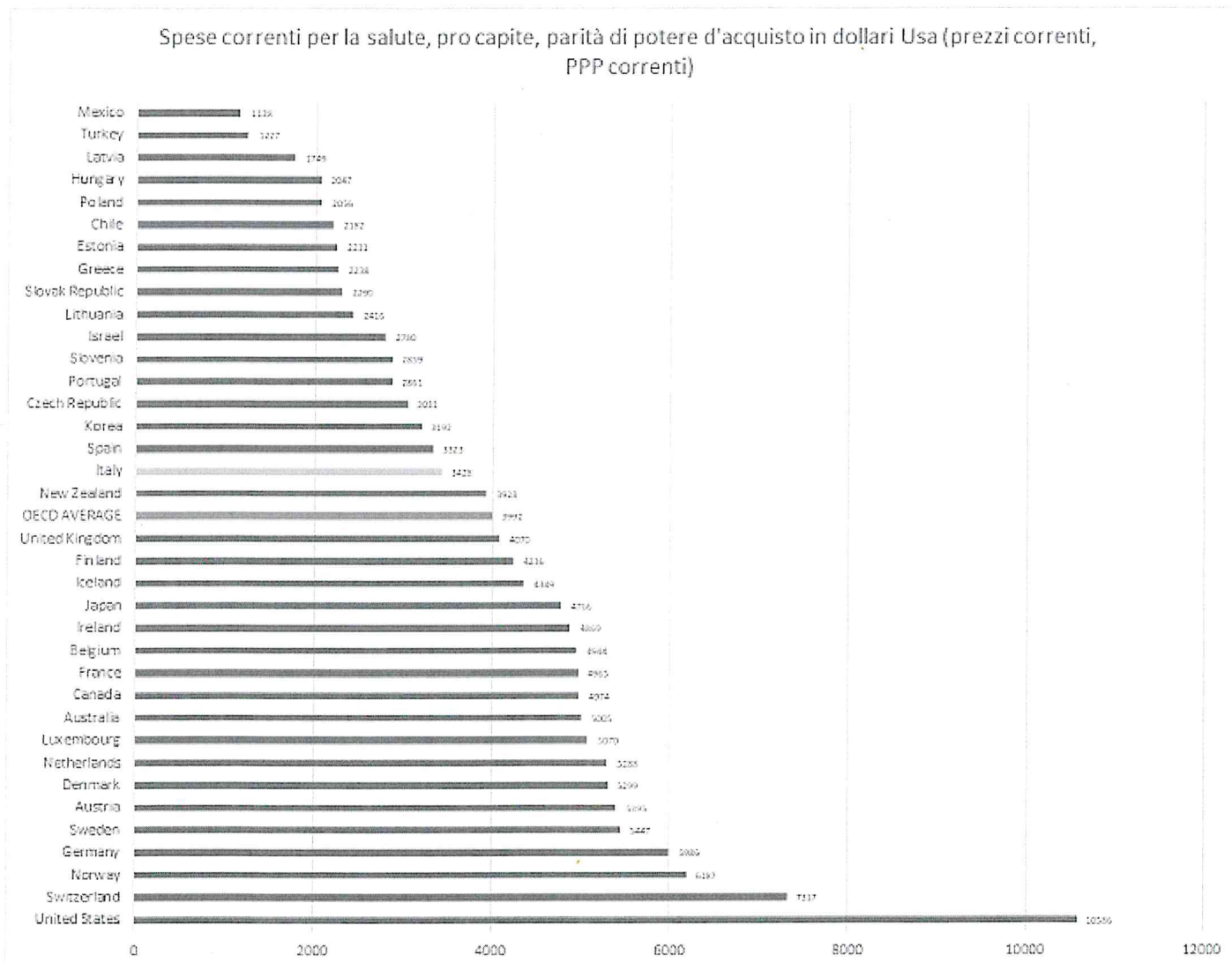
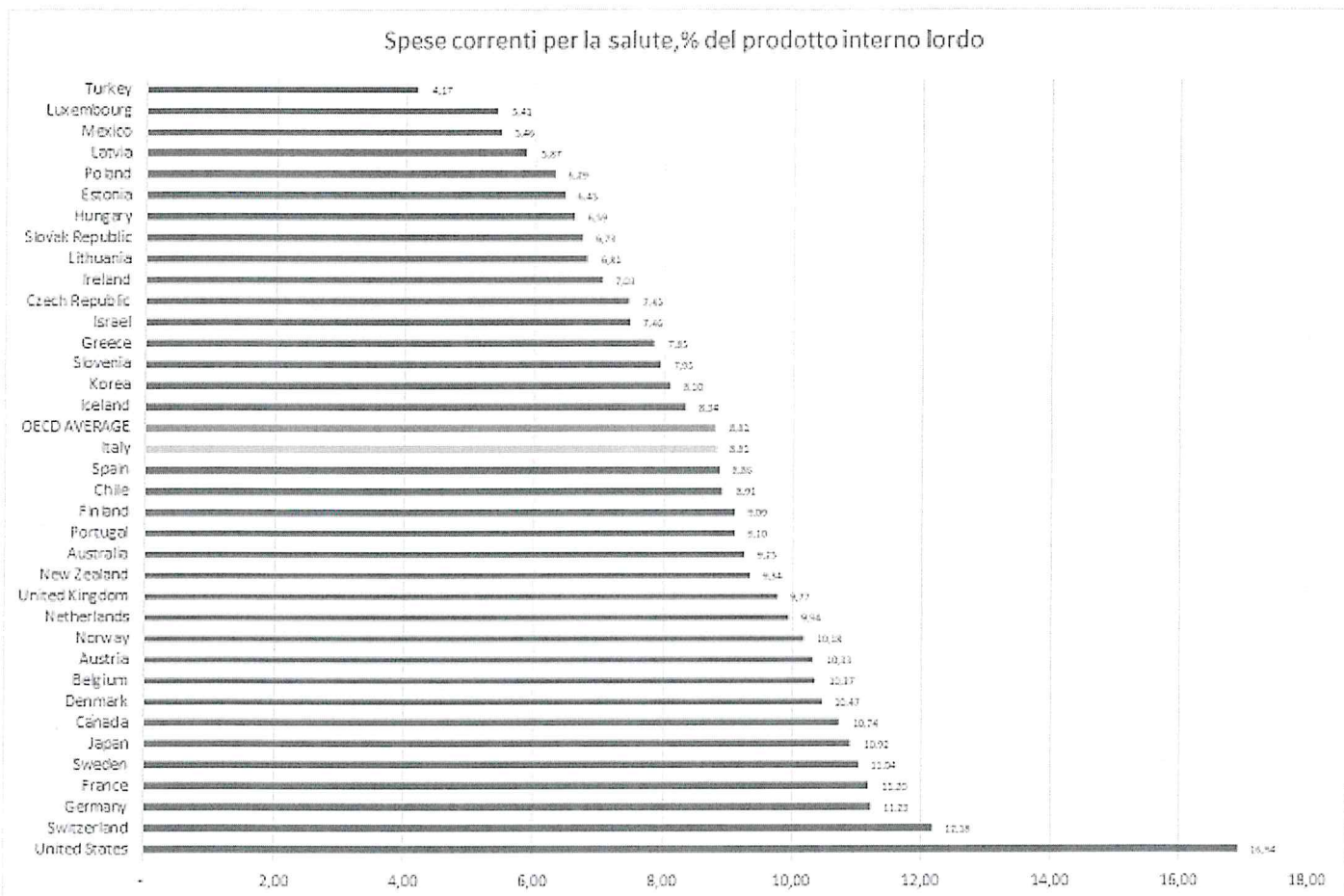
***Per la sanità (pubblica e privata) i Paesi Ocse spendono in media 3.992 dollari procapite (a parità di potere d'acquisto) mentre in Italia ci fermiamo a 3.428 dollari. Anche esaminando la sola spesa pubblica il gap resta vicino ai 500 dollari: se la media è di 3.038 dollari procapite, la spesa del Ssn italiano si ferma a 2.545 a testa. Unica eccezione la quota di spesa Out of pocket che a livello procapite tocca quota 791 dollari contro una media di 716 e la farmaceutica (pubblica e privata) che segna 601 dollari procapite a fronte di una media di 553 dollari.***

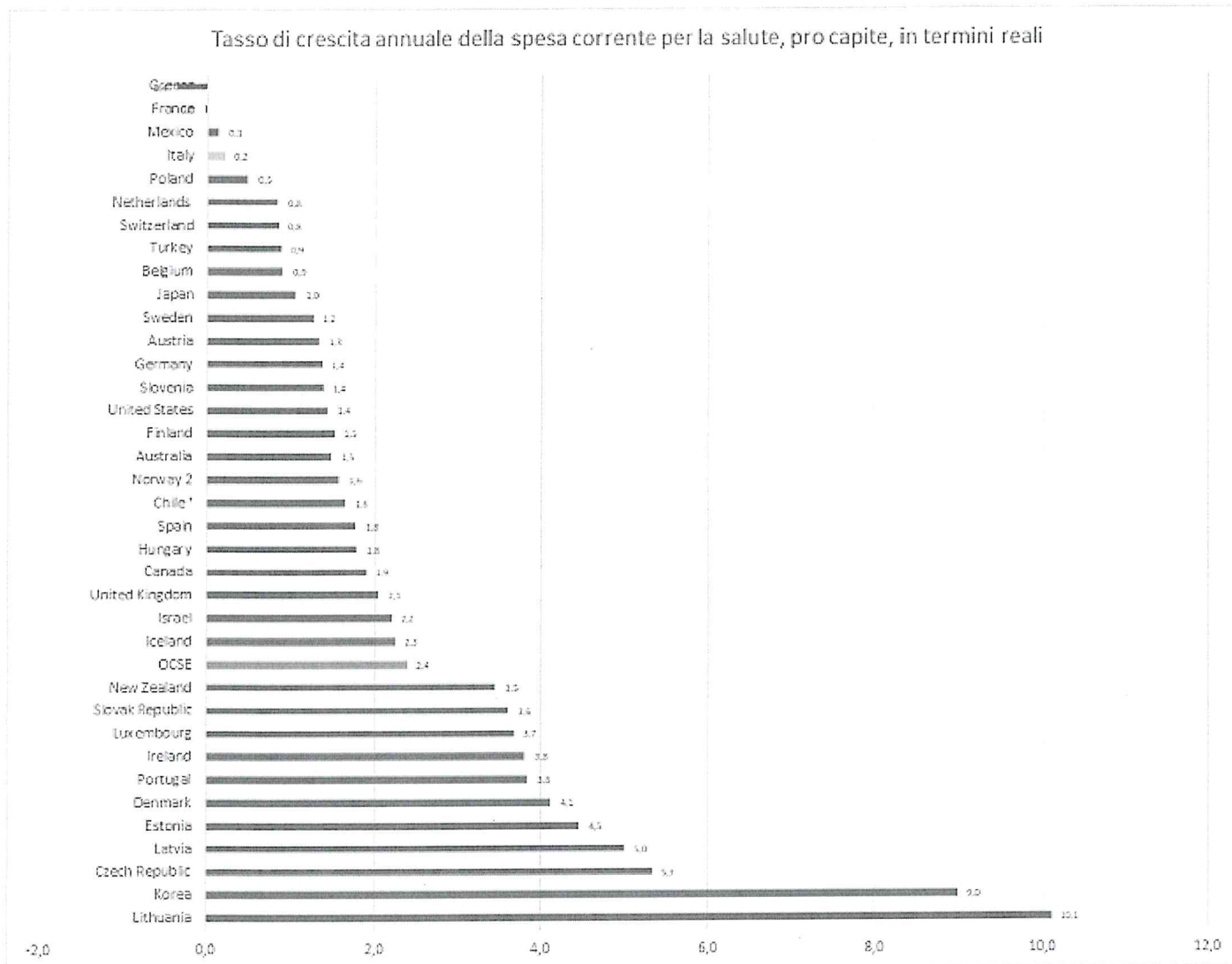
L'Italia per la salute spende tra pubblico e privato l'8,81% del Pil, esattamente come la media dei Paesi Ocse. Ma se si analizza il procapite a parità di potere di acquisto, siamo sui 3.428 dollari, contro i 3.992 della media.

In testa a questa classifica ci sono gli Stati Uniti con 10.586 dollari, in fondo il Messico con 1.138.

**Sono queste le cifre che emergono dalla banca dati Ocse, pubblicata ufficialmente il 2 luglio**, che analizza e confronta le principali voci che costituiscono la dimensione salute degli stati membri, dalla spesa al personale, dalle prestazioni agli stili di vita con dati riferiti al 2018 (o all'anno più vicino disponibile che comunque non va mai oltre il 2017).

**Il dato sulla spesa l'Ocse lo confronta poi anche rilevando il tasso di crescita annuale** procapite e in questo caso l'Italia finisce in coda alla classifica con lo 0,2 prima del Messico (0,1) e dei valori negativi registrati da Francia a crescita zero e Grecia che scende a -0,4.





**Per quanto riguarda la spesa dello Stato per la salute o, a seconda dei sistemi di assistenza di assicurazione sanitaria obbligatoria, l'Italia è subito sopra la media Ocse: 74,2% contro 73,8 per cento. Ma chi fa meglio è la Norvegia con l'85,5%, mentre lo stato peggiore è il Messico con il 51,5 per cento.**

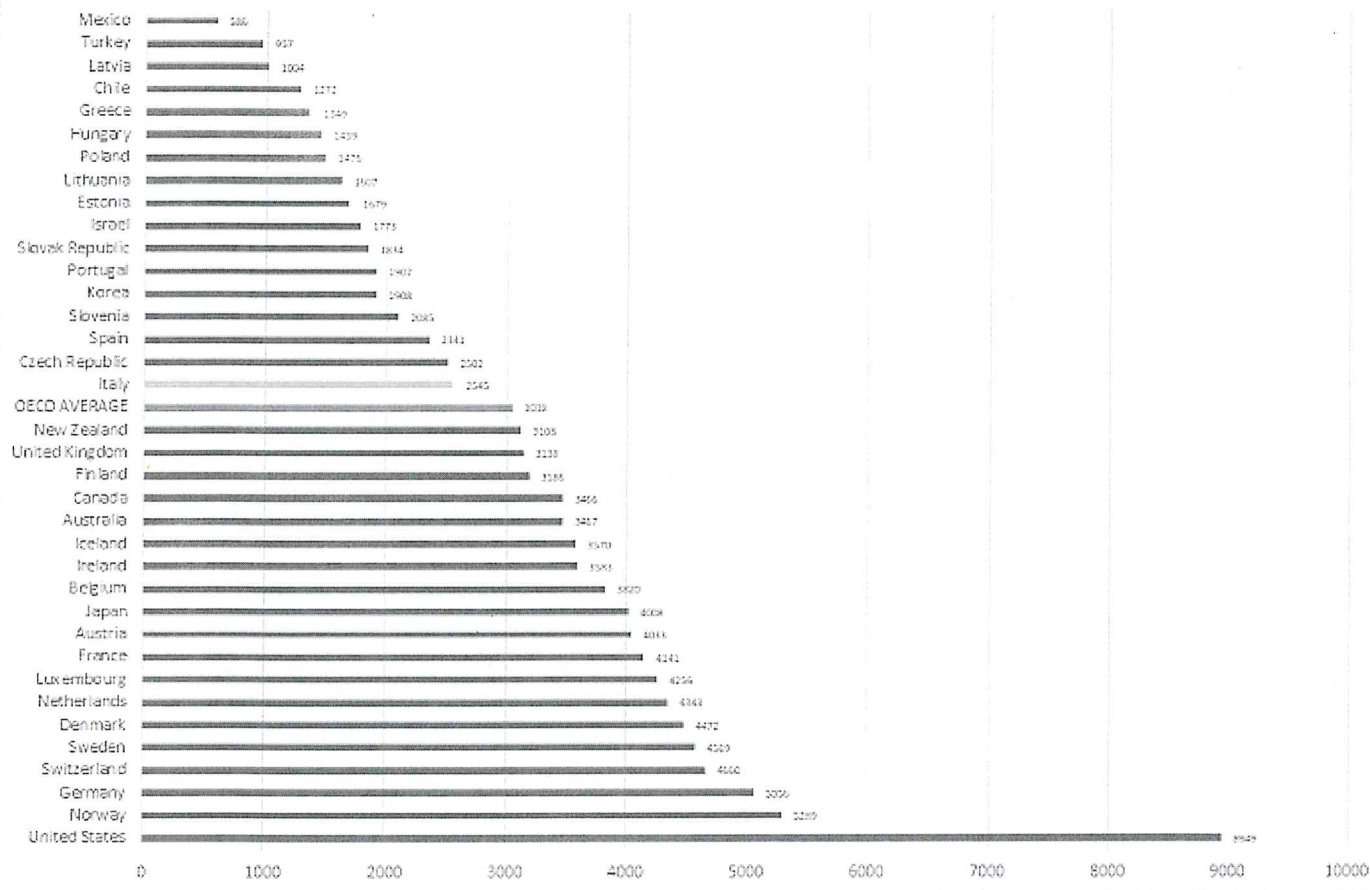
I nostri maggiori partner Ue sono tutti al di sopra del valore italiano col Regno Unito a 77,1%, la Francia a 83,4% e la Germania a 84,5 per cento.

**Analizzando poi lo stesso dato, ma procapite e a parità di potere di acquisto** ecco che l'Italia inverte la sua posizione e si trova subito sotto la media Ocse con 2.545 dollari contro 3.038, mentre sempre i maggiori partner Ue sono rispettivamente il Regno Unito a 3.158 dollari procapite, la Francia a 4.141 e la Germania a 5.056.

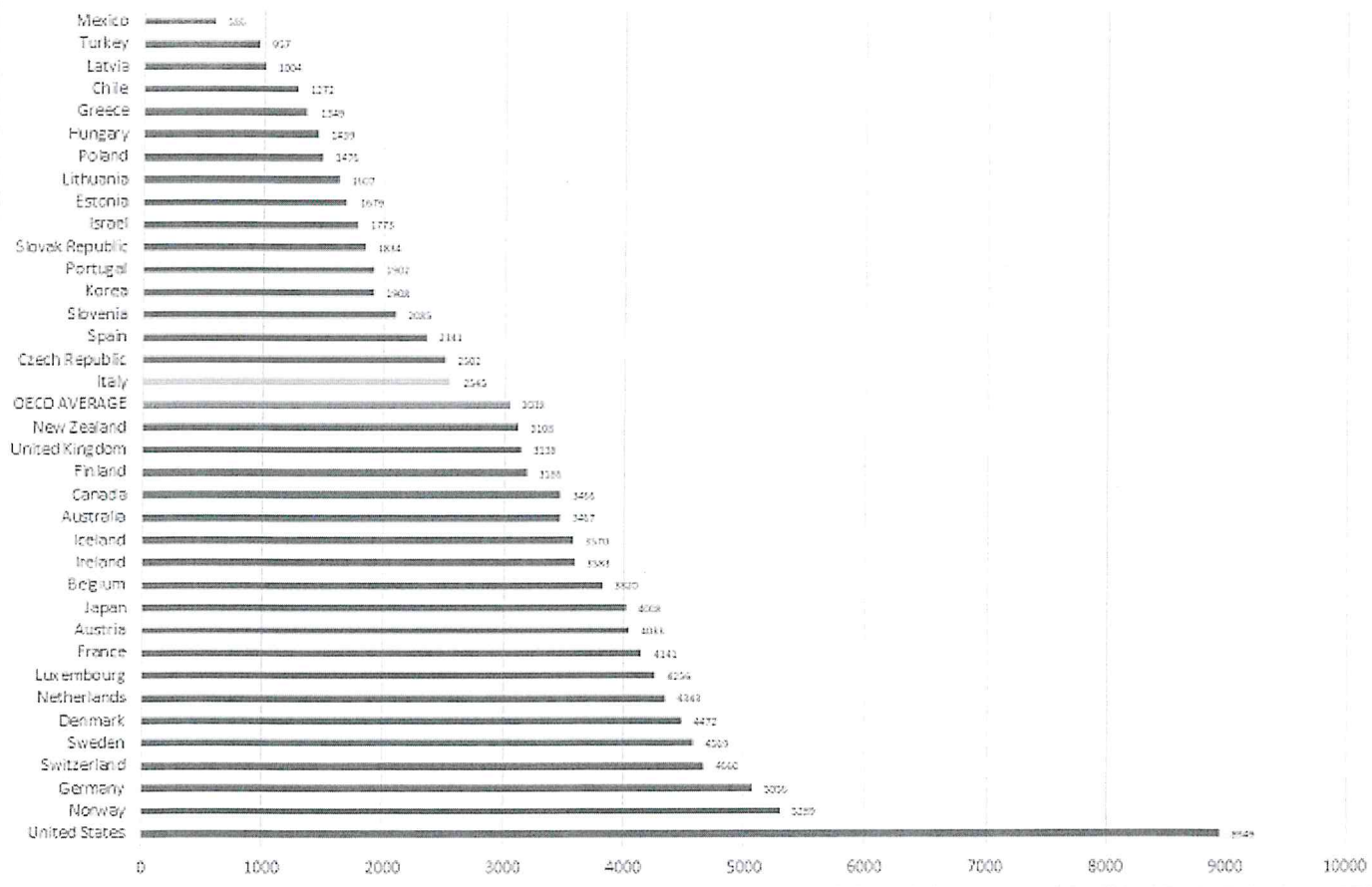
Al top questa volta ci sono gli Stati Uniti che superano la Norvegia con 8.949 dollari procapite contro i 5.289 del paese del Nord Europa, mentre in coda resta il Messico con 586 dollari procapite.

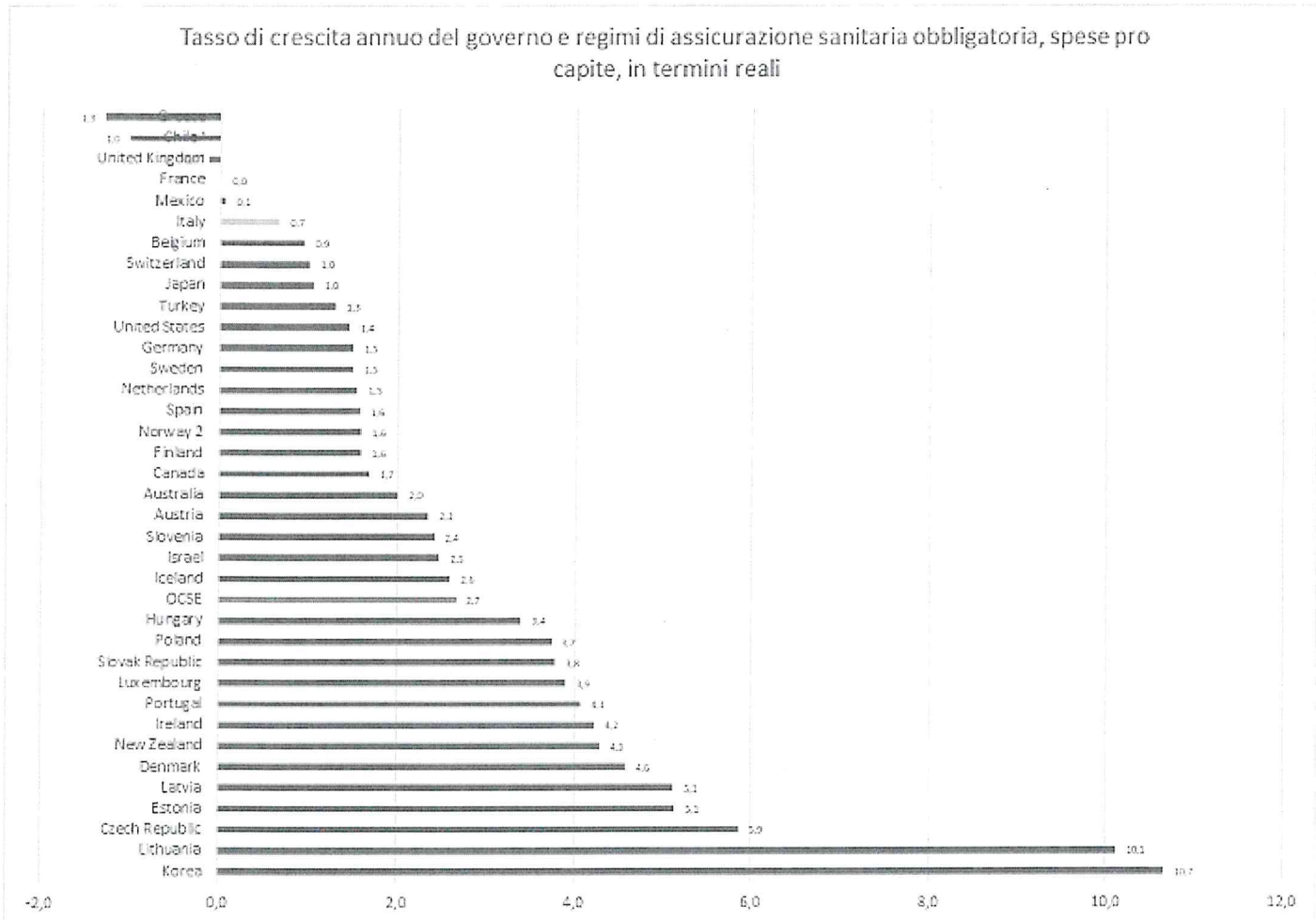
**Il tasso di crescita annuo delle spese governative/assicurazione obbligatoria è di 2,7 come media Ocse, con l'Italia ferma a 0,7 e in testa alla classifica la Corea con 10,7, mentre in coda c'è ancora una volta la Grecia con -1,3.**

Regimi di assicurazione sanitaria obbligatoria/ pesa governativa, spesa pro capite, parità di potere d'acquisto dollari Usa (prezzi correnti, PPP correnti)



Regimi di assicurazione sanitaria obbligatoria/ pesa governativa, spesa pro capite, parità di potere d'acquisto dollari Usa (prezzi correnti, PPP correnti)



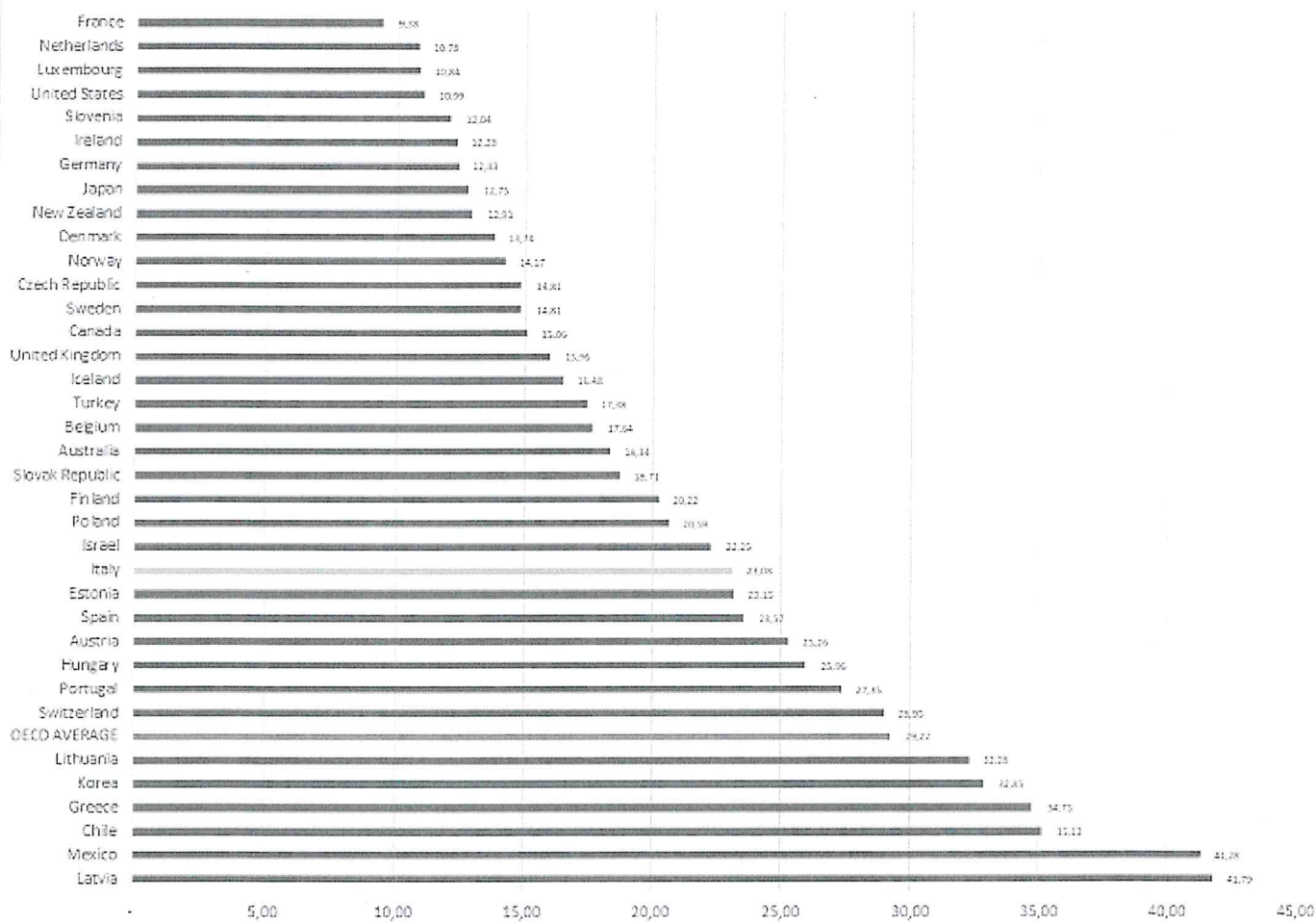


**Per quanto riguarda la spesa diretta dei cittadini (out of pocket), l'Italia registra una percentuale relativamente al di sotto della media Ocse, con il 23,08% contro il 29,22%, anche se in questa classifica i maggiori partner Ue sono tutti al di sotto, con il Regno Unito a 15,96%, la Germania a 12,33% e la Francia addirittura ultima in classifica con il 9,38 per cento.**

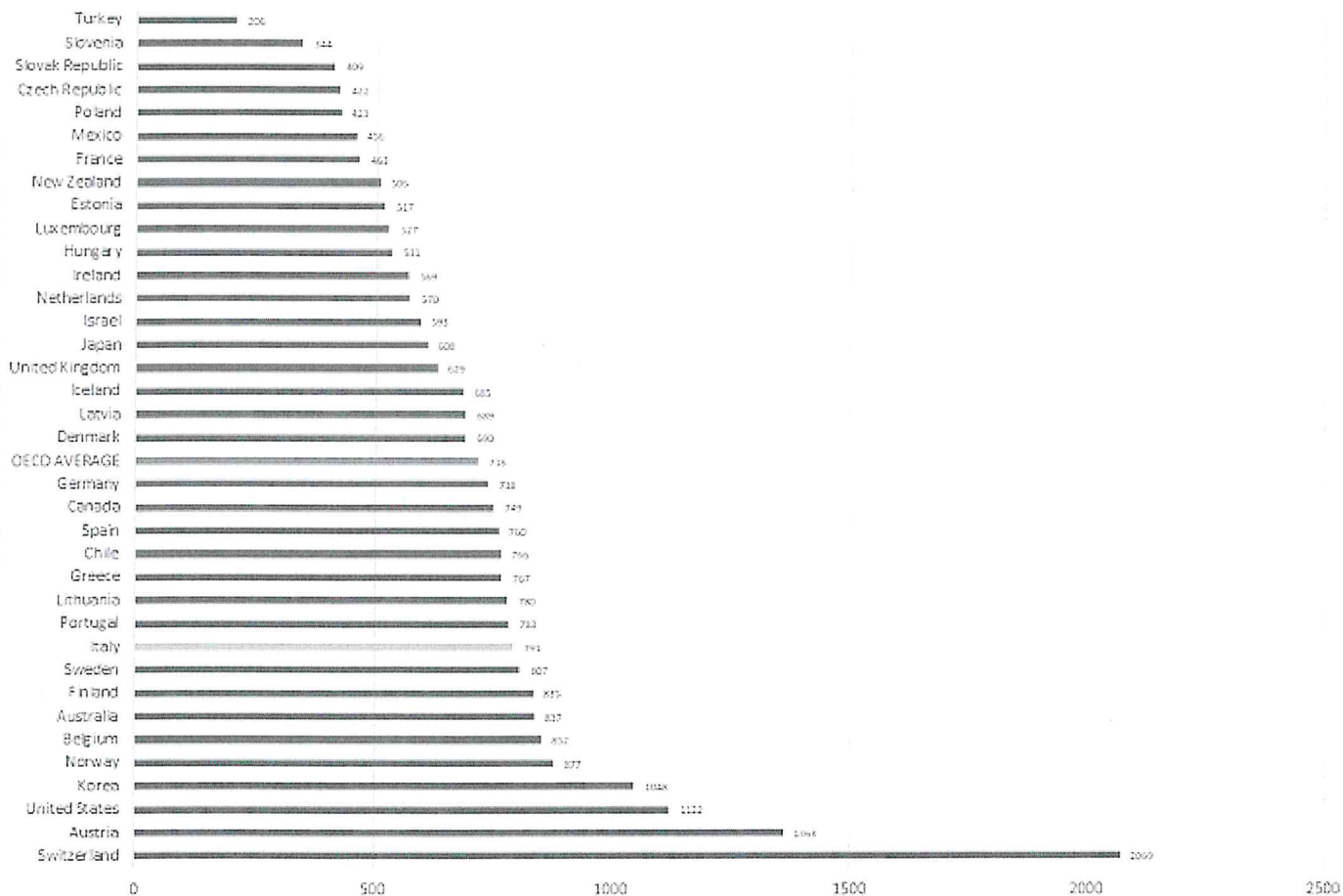
**Panorama che cambia analizzando lo stesso dato come spesa procapite a parità di potere di acquisto:** l'Italia con 791 dollari supera la media Ocse ferma a 716 e sopra la media Ocse degli altri maggiori partner c'è anche la Germania con 738 dollari, mentre Regno Unito (629) e Francia (463) restano al di sotto, anche se questa volta ultima della classifica è la Turchia con 206 dollari e prima la Svizzera con 2.069.



Spesa out of pocket, % sulla spesa corrente per la salute

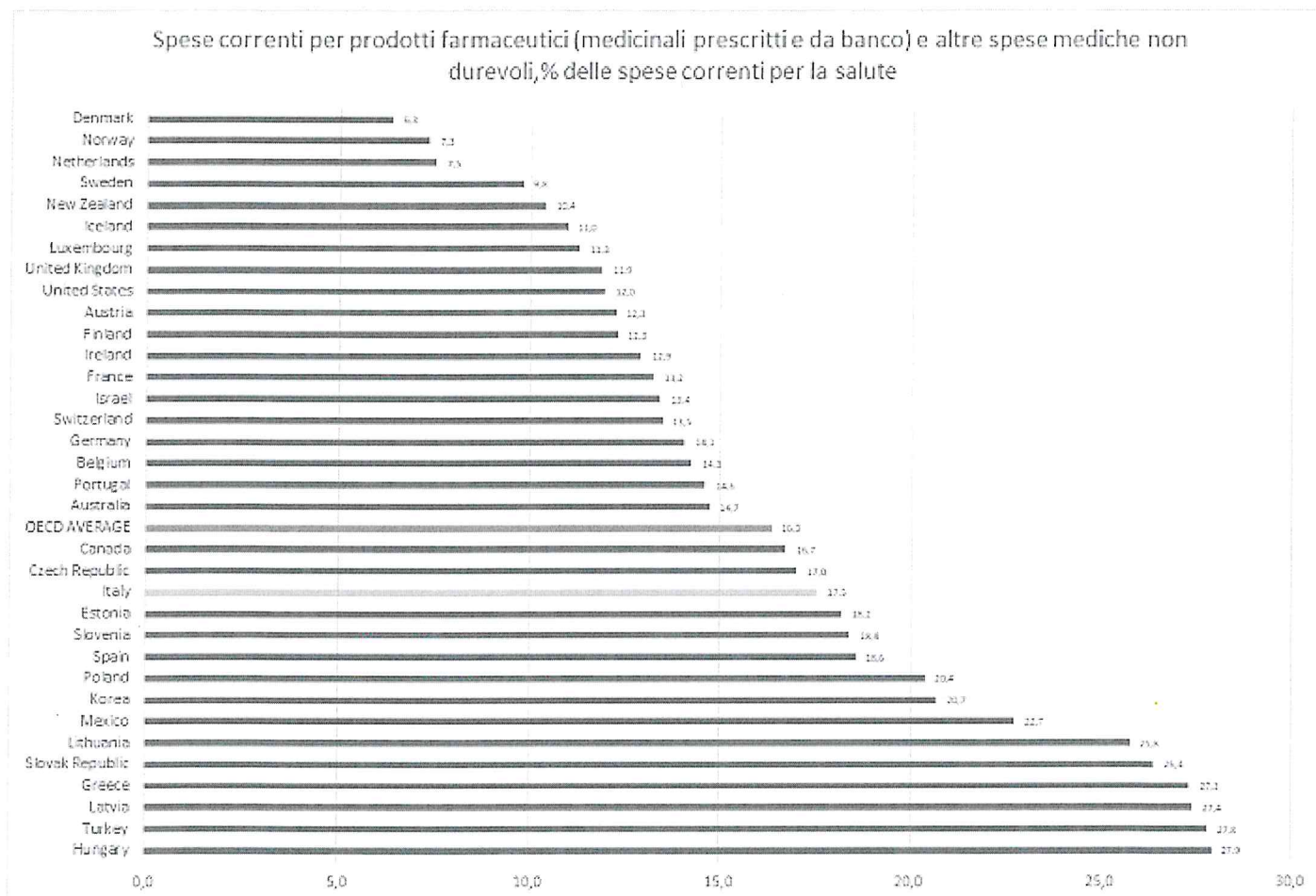


Spesa out of pocket, pro capite, parità di potere d'acquisto dollari Usa (prezzi correnti, PPP correnti)

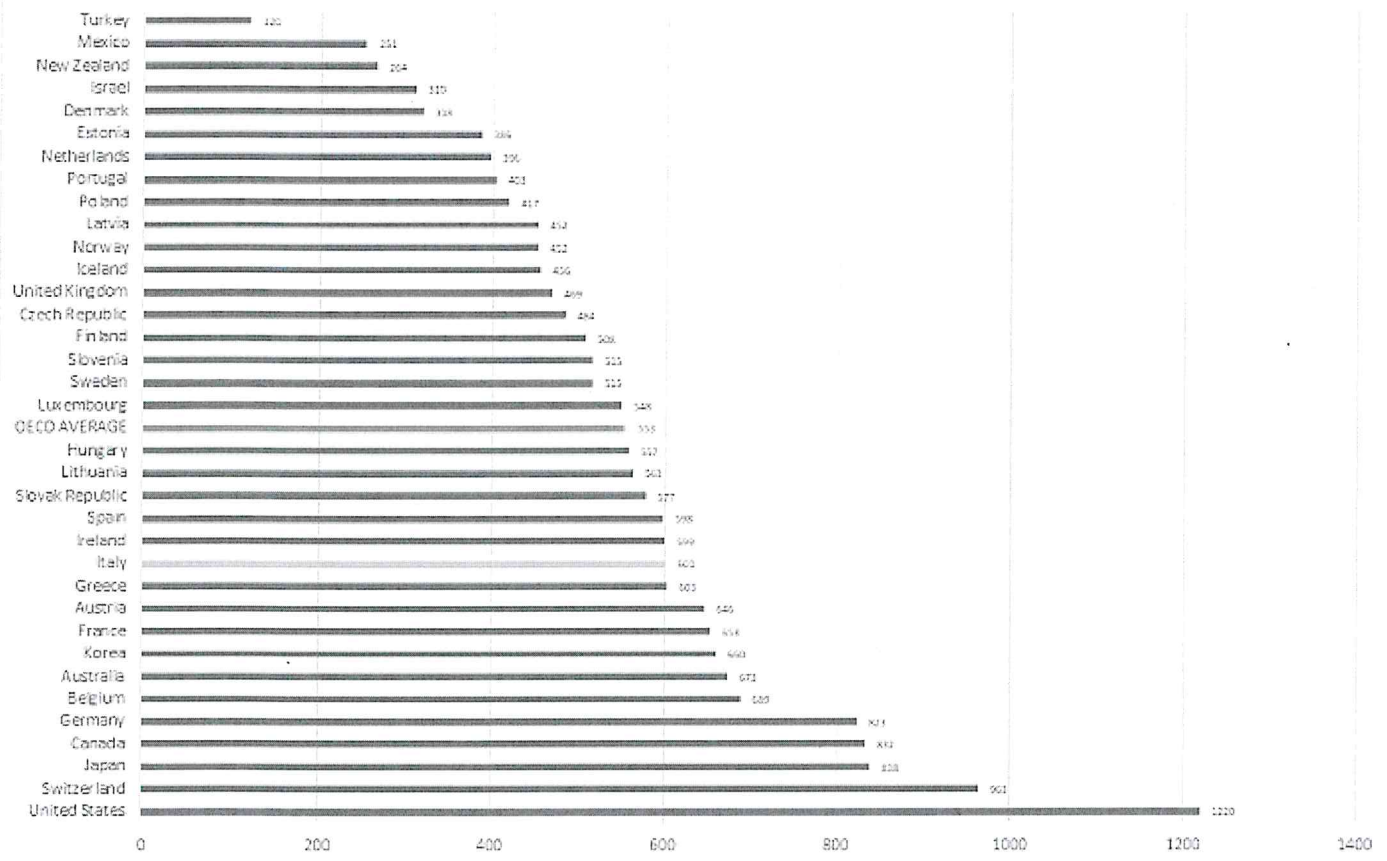


**Infine, sulla spesa l'Ocse fa un focus su quella per i prodotti farmaceutici.** La spesa corrente in percentuale (medicinali prescritti e da banco) assieme a quelle che l'Ocse definisce "altre spese mediche non durevoli" (che secondo le definizioni Istat sono i prodotti per la cura della persona), è del 17,5% in Italia e del 16,1% nella media Ocse, con tutti i maggiori partner Ue che registrano un'incidenza minore (Germania 14,1%; Francia 13,2%; Regno Unito 11,9%) e con l'Ungheria al top (27,9%) e la Danimarca fanalino di coda (6,3%).

**Cambia poco la classifica questa volta considerando la spesa procapite a parità di potere di acquisto:** l'Italia è a 601 dollari, la media Ocse a 553. Ma dei maggiori partner Ue, è sempre al di sotto il Regno Unito con 469 dollari, mentre volano al di sopra dell'Italia Francia (653) e Germania (823). Il valore più elevato è quello degli Stati Uniti che superano la Svizzera con 1.220 dollari contro 963, mentre in coda c'è questa volta la Turchia con 120 dollari procapite.



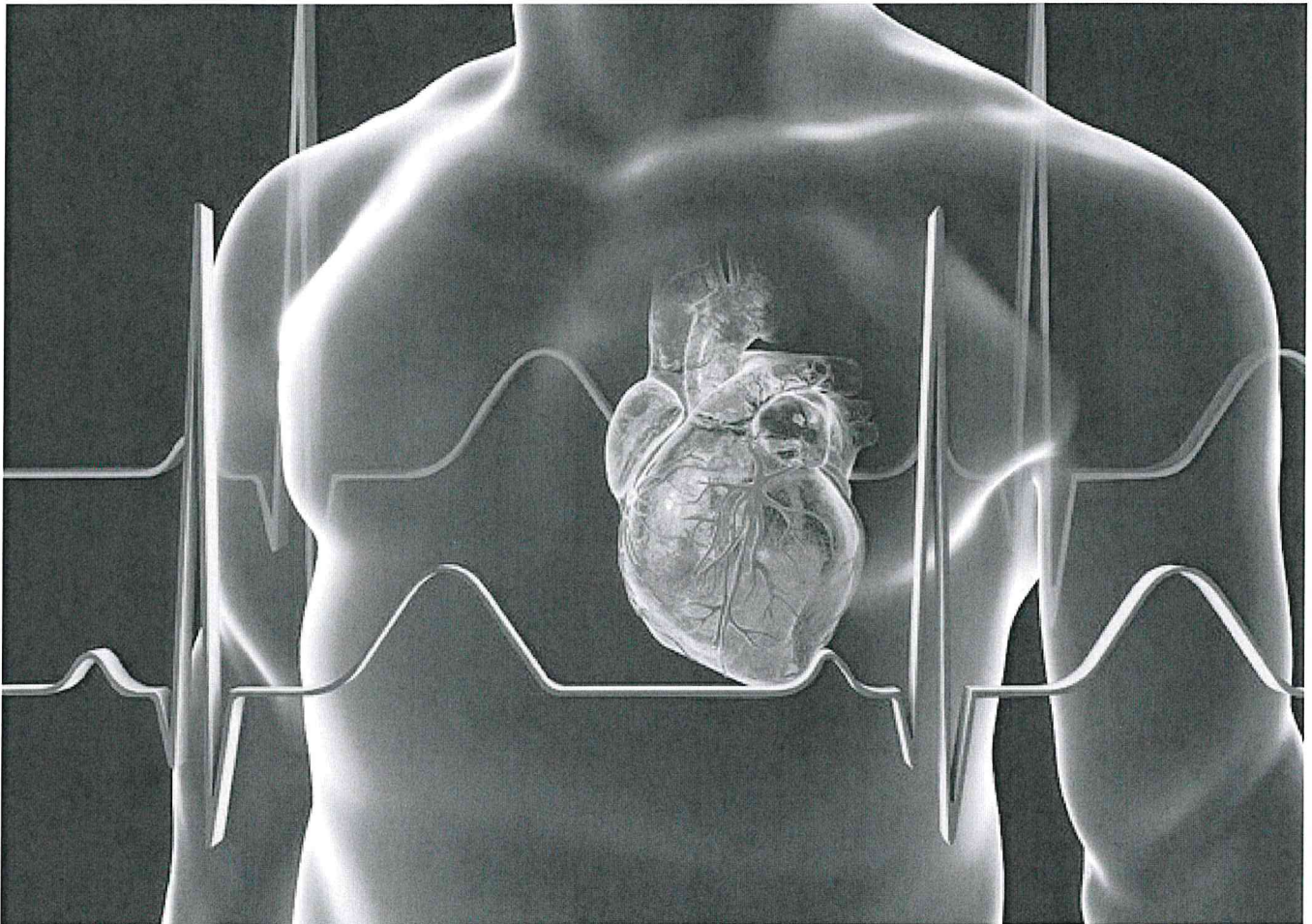
Spese correnti per prodotti farmaceutici (medicinali prescritti e da banco) e altre spese mediche non durevoli, pro capite, parità di potere d'acquisto dollari USA (prezzi correnti, PPP correnti)



# In caso di infarto ogni minuto conta e 120 sono troppi

## Per ogni ritardo di 10 minuti, 3 morti in più su 100 pazienti

Redazione ANSA ROMA 06 luglio 2019 12:44

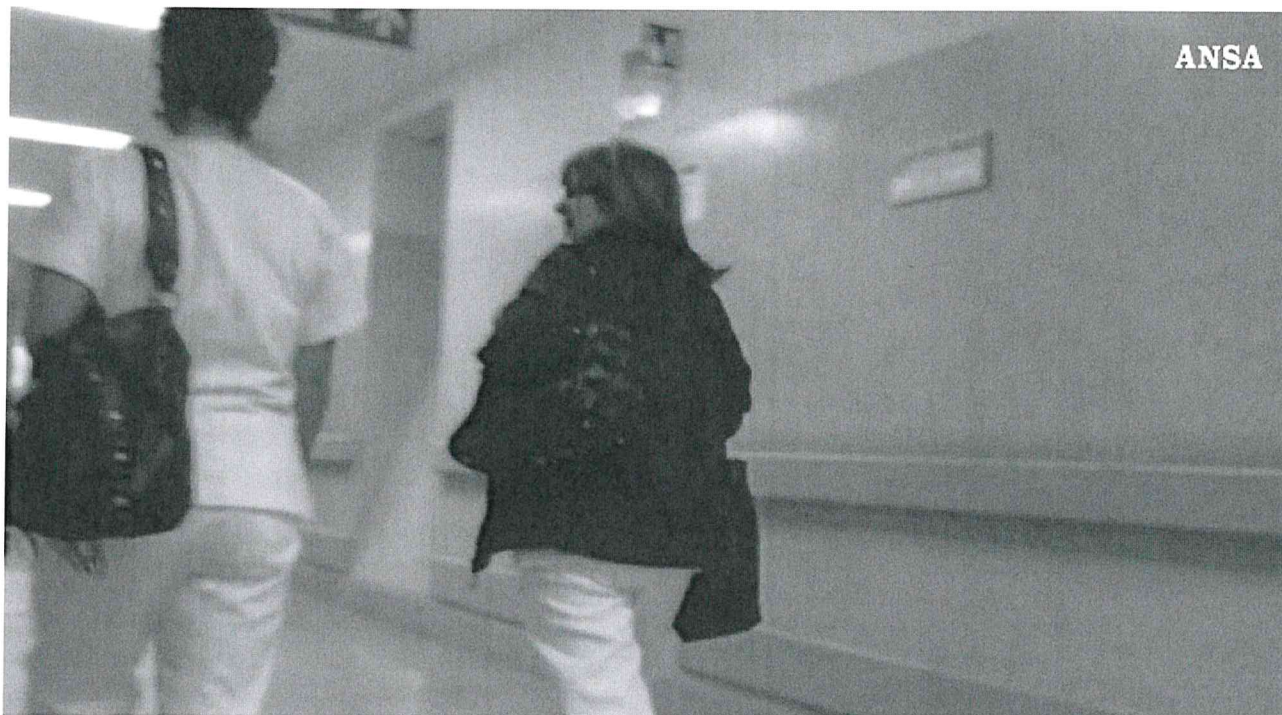


Un dolore al petto che si irradia al braccio sinistro: questo è il più tipico, ma non l'unico, sintomo dell'infarto. Per chi ne viene colpito, ovvero circa 140.000 persone ogni anno in Italia, ogni minuto è prezioso, ancor più di quanto si pensasse finora. Nei casi molto gravi, infatti, per ogni 10 minuti di ritardo, 3 pazienti in più su 100 perdono la vita. Mentre la Golden Hour, ovvero le due ore di tempo considerate il limite entro cui intervenire per salvare il cuore, è ormai superata. A evidenziare l'importanza di soccorsi tempestivi sono nuovi dati scientifici, discussi a Matera in occasione della presentazione della campagna 'Ogni minuto conta', promossa da 'Il Cuore Siamo Noi - Fondazione Italiana Cuore e Circolazione Onlus', con il patrocinio della Società Italiana di Cardiologia (Sic).

La rapidità dei soccorsi in caso di infarto, come noto, è indispensabile. "Sapevamo già - spiega Francesco Romeo, direttore della Scuola di Specializzazione in cardiologia Università Tor Vergata di Roma e presidente de Il Cuore Siamo Noi - che un intervento successivo ai 90 minuti dall'esordio dei sintomi può quadruplicare la mortalità. Gli ultimi studi hanno dimostrato però che non esiste in realtà un 'tempo soglia' che permetta di

discriminare tra intervento tempestivo o meno. La prognosi del paziente, invece, peggiora in maniera continua all'aumentare del ritardo nel trattamento". E questo è ancor più vero per chi arriva in ospedale in condizioni gravissime: "in questi casi per ogni ritardo di 10 minuti si registrano ben 3 morti in più su 100 pazienti". Ma anche per chi arriva in condizioni meno gravi il ritardo ha un impatto negativo. "Più si indugia - aggiunge **Ciro Indolfi**, presidente Sic e direttore di Cardiologia dell'Università Magna Grecia di Catanzaro - maggiore è la quantità di muscolo cardiaco che viene perso, con importanti conseguenze nella qualità di vita. Il tempo è muscolo".

### **In caso di infarto ogni minuto conta e 120 sono troppi**



Per ridurre il ritardo, due le strategie: educare i cittadini a riconoscere rapidamente i sintomi e migliorare l'organizzazione dei soccorsi, entrambi obiettivi della campagna 'Ogni minuto conta', che verrà diffusa su media e social media per migliorare, nella popolazione, la conoscenza del rischio.

"Dobbiamo far sì - precisa **Romeo** - che chiunque sappia riconoscere i segni dell'infarto: la manifestazione più tipica è un dolore oppressivo al centro del petto, che duri oltre 20 minuti, sia insorto a riposo e in alcuni casi irradiato al braccio sinistro o alla mandibola; ma spesso l'attacco si presenta in maniera più subdola, come un dolore addominale o nella parte posteriore del torace". Dal momento del primo contatto con i sanitari occorre poi far accedere quanto prima il paziente all'angioplastica, intervento con cui si 'libera' l'arteria ostruita. Per questo è essenziale che i mezzi di soccorso abbiano a bordo un elettrocardiogramma e garantire il trasferimento del paziente nel più breve tempo possibile a centri con una emodinamica, senza passare dal Pronto Soccorso.